Rok XLI. Kraków 13 Grudnia 1902. Nr. 50.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki dermatologicznej Prof. Reissa w Krakowie.

O włókniakach nerwowych wielokrotnych skóry *(neurofibroma cutis multiplex)*. Przyczynek kliniczny i histologiczny.

Podał

Dr. Franc. Krzyształowicz,

docent dermatologii Uniw. Jag.

Dopiero od czasu pracy Recklinghausena (1882) wiemy, że wiele włókniaków *(fibroma molluscum)* jest rzeczywiście pochodzenia nerwowego, chociaż nie wszyscy autorowie godzą się na to, iżby wszystkie nowotwory, znane pod tą nazwą, rozwijały się z otoczek nerwowych. Włókniaki te nerwowego pochodzenia *(neurofibroma)* odróżniamy znowu od nerwiaków rzeczywistych *(neuroma)*, w których włókna nerwowe jednego z pni nerwowych biorą czynny udział, podczas gdy w włókniakach pochodzących z nerwów *(neurofibroma)*, guz sam składa się wedle dotychczasowych zapatrywań z komórek tkanki łącznej, powstałych z rozrostu osłonek włókien nerwowych.

Badaniem tych nowotworów zajmowali się dotychczas znacznie więcej chirurdzy i anatomowie, niż dermatolodzy; często bowiem chorzy udawali się po poradę na swe cierpienie do chirurgów, — co daje się wytłómaczyć przebiegiem choroby; — anatomowie zaś nieraz znajdowali przypadki tej choroby na stole sekcyjnym, gdy nowotwory spowodowały śmierć, lub też inna choroba wikłająca położyła kres życiu.

Chory, którego miałem sposobność spostrzegać w klinice Prof. Reissa, zgłosił się skutkiem rzeżączki; — bliższe dopiero badanie skóry wykazało zmiany, które poniżej opisuję, a które nie sprawiały choremu żadnych dolegliwości. Zgłoszenie się zatem chorego do kliniki w początkach choroby dało nam sposobność badania zmian mało jeszcze rozwiniętych.

Zygmunt S., muzyk, liczący lat 23, nie miał nigdy chorować. Rodzice pomarli w późnym wieku (około 70 r. ż.). Zgłasza się dnia 16 lutego 1902 do kliniki dla leczenia rzeżączki podostrej; — o chorobie zaś skórnej, na którą mu zwrócono uwagę, niewiele podać umie. W 9 r. życia spostrzegał już plamy żółte na skórze szyi; od tego czasu miały się one rozszerzać i na tułów, a w 18 r. życia i na kończyny. Guzki w skórze zauważył dopiero w lecie 1901 r., ale co do czasu i sposobu ich powstania nic powiedzieć nie umie; — stwierdza tylko, że nie sprawiały mu ani przedtem, ani teraz żadnych dolegliwości. Obecnie widać na skórze szyi, klatki piersiowej, grzbietu i brzucha liczne plamy barwy jasno-brunatnej, dochodzące od wielkości prosa do wielkości halerza, rozsiane nieregularnie, a gęsto obok siebie — w mniejszej ilości znajdują się także na ramionach i przedramionach, jakoteż na udach. Wielkością swą (3 ctm długie) odznaczają się plamy na pośladkach. Wszystkie zaś nie wystają ponad powierzchnię skóry i nie łuszczą się.

Wśród tych plam widzi się tu i owdzie w skąpej ilości inne zmiany: jedne w postaci sinawo-czerwonych plam, wielkości małej soczewicy, — inne w postaci guzków tejsamej barwy i tejsamej wielkości. Na zewnętrznej stronie uda lewego istnieją trzy takie guzki, dochodzące do wielkości grochu, — wszystkie zbitości bardzo miękkiej. Przy dotyku tak plam, jak i guzków ma się uczucie, jakby ta część skóry wypełniona była tkanką znacznie miększą, niż tkanka otaczająca. Powyżej zaś na pośladku lewym znajduje się guz wielkości orzecha laskowego, wypuklający skórę i z nią przesuwalny, zbitości miękkiej, ciastowatej, dający się z łatwością wtłoczyć w głąb skóry tak, że ma się uczucie usuwania się płynu, który po odjęciu palca na nowo napełnia uciśniętą przestrzeń. Barwa skóry pokrywającej ten guz, nie różni się prawie zupełnie od otaczającej.

Rozpoznano: *Neurofibroma cutis multiplex.*

Taki był stan chorobowy skóry w chwili zgłoszenia się chorego o przyjęcie do kliniki; stan ten mimo kilkomiesięcznego spostrzegania prawie zupełnie się nie zmienił; nie można było bowiem zauważyć zwiększenia się guzków, ani ilościowego, ani co do ich rozmiarów.

Chcąc nakreślić dokładniejszy obraz kliniczny, niż podają podręczniki dermatologii, trzeba przejrzeć dotąd ogłoszone przypadki tego rodzaju włókniaków *(neurofibromatosis)*.

Na mocy danych, dotąd znanych z piśmiennictwa, stwierdzić można przedewszystkiem, że ten rodzaj włókniaków występuje w pierwszych latach życia; — w niektórych przypadkach wykazano, że były wrodzone, w innych sprawdzano nawet ważny szczegół dziedziczności, gdyż podano podobne objawy u kilku nawet członków tejsamej rodziny, w linii wstępującej, lub zstępującej. Wyraźnie za wrodzonem cierpieniem oświadczają się: Modrzejewski, Köbner, Payne, Bourgnet i Legrain, Girard, Feindel i Oppenheim, Merken, Danlos, Rolleston i Mognihan; — wielu autorów stwierdza, że nowotwory wystąpiły w pierwszych latach życia, chociaż spostrzegali je nawet w wieku późniejszym. Największa liczba przypadków spostrzeganych klinicznie przypada na wiek młody, — między 20 a 30 r. życia. O dziedziczności, a zatem o podobnych objawach u rodziców lub rodzeństwa, wspominają: Heydweiler, Loewenstein, Königsdorf (u matki i trzech sióstr), Philippson, Collet . Lacroix, Picqué i Merken. Większość zatem autorów, którzy spostrzegali przypadki tego cierpienia za życia (istnieje bowiem dużo prac z zakresu anatomii), uważa włókniaki nerwowe za wrodzone, a nierzadko i dziedziczne.

W naszym przypadku nie mogłem wykazać dziedziczności ze strony rodziców, lub też podobnego cierpienia u któregoś z rodzeństwa; — stwierdzić jednak zdołałem, że sprawa rozpoczęła się we wczesnym wieku, bo, o ile chory sobie przypomina, plamy barwikowe były wyraźnie rozwinięte już w roku 9-tym życia; — o istnieniu zaś innych plam i guzków, na które zwróciłem mu uwagę, bardzo mało mógł

powiedzieć, a tem samem nie mógł i czasu ich powstania oznaczyć.

Same nowotwory przedstawiają się klinicznie nader rozmaicie, tak pod względem postaciowym, jak i ilościowym. Najczęściej znajdowano dużą liczbę guzów, rzadko tylko po kilka lub kilkanaście, a czasami liczba ta była nadzwyczajna (Modrzejewski, Hasselbeck, Bourguet i Legrain podają około 3000). Nowotwory rozrzucone bywają na całej powierzchni skóry, w największej jednak liczbie na tułowiu, a mniej na kończynach. Postaciowo zaś przedstawiają wielką rozmaitość, szczególnie co do wielkości. Podczas gdy jedne okazują się w postaci plam wielkości soczewicy, inne wzrastają do wielkości orzecha laskowego, (jak w naszym przypadku), a nierzadko mają rozmiary głowy ludzkiej, jak to w przypadkach niektórych autorów opisano. Desquin n. p. opisuje guz, ważący 17 klgr. Przytem jedne nie wystają ponad powierzchnię skóry, inne tworzą guzki dość płaskie, lub też twory osadzone na szypułach.

Barwa guzków lub plam jest zazwyczaj sinawo- lub żółtawo-czerwona; większe mają zabarwienie skóry prawidłowej, a czasami widać na szczycie większych guzków zaskórnik *(comedo)*, co w naszym przypadku spostrzegałem na guzie miękkim pośladka, a wspomina o podobnych także Rille i Monat.

Już barwa nowotworu, szczególnie postaci plamistej, wskazuje po części na siedzibę jego w skórze; przy dotyku zaś wyczuć można, że leżą one w głębi skóry, jak gdyby pod skórą właściwą, z którą dają się przesuwać. Niektórzy autorowie wspominają przy opisie swych przypadków o guzach, leżących wyraźnie na większych pniach nerwowych, czego w naszym przypadku wykazać nie mogłem, dlatego w tej sprawie głosu nie zabieram. Wszystkie guzki i początkowe plamy, które spostrzegałem w powyższym przypadku, dały się wymacać w skórze, jako twory nader miękkie, przesuwalne wraz ze skórą i jak gdyby otoczone dość ściśle tkanką zbitości prawidłowej. Zbitość guzków, szczególnie największego, była tak miękką, że przy dotyku miało się wrażenie, jak gdyby palec wpadał w głąb skóry bez żadnej przeszkody, a w guzku na pośladku wykazać było można nawet pozorne chełbotanie. W znanych dotąd przypadkach w piśmiennictwie wielu autorów wskazuje także na tę szczególną miękkość nowotworów: Hallopeau porównywa je z naczyniakami; w przypadku Sherwella guz robił wrażenie torbielaka; Philippson i Taylor opisują, że przy dotyku tych tworów palec wpada jakby w otwór w skórze; Jaqueau stawia je co do zbitości na granicy między tłuszczakiem a odmą skóry; Monat porównywa z miękkością tłuszczaka, a Heidingsfeld uważa miękką zbitość za cechę. odróżniającą tę postać włókniaków pochodzenia nerwowego od włókniaków zwyczajnych. W przypadku Danlosa wszystkie nowotwory były miękkie, szczególnie jednak jeden większy (wielkości orzecha laskowego) na pośladku, — zupełnie podobnie zatem, jak w przypadku naszym.

Zaznaczyć trzeba zarazem, że guzki opisane w naszym przypadku nietylko nie sprawiały choremu żadnych dolegliwości, nietylko nie były bolesne przy dotyku, ale nawet czucie skóry na guzie największym zdawało się być nieco upośledzone. O bolesności tworów wspomnieli tylko ci autorowie, którzy spostrzegali za życia guzy wyraźnie złączone z pniami nerwowymi, a u Duhringa i Bronsona tylko spotkałem wzmiankę o bólach napadowych, pojawiających się od czasu do czasu. W naszym przypadku, jak wspomniałem, nie było tworów złączonych z pniami nerwowymi, nie spostrzegałem zatem objawów przeczulicy bolesnej.

Tak przedstawiają się pojedyncze plamy, guzki lub większe guzy; — jak wspomniałem, — liczba ich, ułożenie na powierzchni skóry ma być różne, bez oznaczonych reguł; a różne kształtem i wielkością, rozsiane w wielkiej liczbie, mogą nadawać potworne nawet wejrzenie.

Do ogólnego obrazu chorobowego skóry należą i liczne zazwyczaj plamy barwikowe różnej wielkości, barwy mlecznej kawy. W naszym przypadku plamy te zajmowały bardzo dużą przestrzeń skóry, bo od górnej części szyi aż do ud, gdzie były, jak i na kończynach górnych, mniej liczne. Z przypadków ogłoszonych w znacznej większości znaleziono je również, a również większość autorów uważa je za należące ściśle do obrazu klinicznego tego cierpienia.

Obok tego chcę zwrócić uwagę na to, że znalazłem w moim przypadku także parę drobnych brodawczaków miękkich *(naevus mollis)*, jakoteż drobne bardzo naczyniaki w skórze *(angioma)*, — o istnieniu których w swoich przypadkach piszą: Köbner, Pomorski, Heller i inni, a Girard nawet stwierdza, że włókniaki nerwowe nie występują nigdy same, a zazwyczaj obok jakiejś zmiany w skórze, polegającej na wadzie rozwojowej. Ten ostatni autor zaś, jak i Garré, Thomson, Oriot, Rolleston wskazują na względną częstość występowania mięsaków w takich guzach włókniakowych.

W przytoczonych w piśmiennictwie przypadkach włókniaków tego rodzaju spotyka się w wielu, spostrzeganych za życia, pewne zboczenia ogólne, które autorowie łączą mniej lub więcej ściśle z właściwymi objawami chorobowymi w skórze i czynią te ostatnie w pewnych przypadkach zależnymi od pierwszych. Najczęściej czyta się o neurastenii i upośledzonej inteligencyi, które to zboczenia przeważnie uważają autorowie za należące do obrazu chorobowego. Inni wspominają o zboczeniach w rozwoju kośćca: Bennati wskazuje na niemiarowość czaszki, Andry i Haushalter na skrzywienie kręgosłupa, a u chorego ostatniego autora istniała prócz tego padaczka i porażenie kończyn dolnych. W przypadku Paynea, u całkiem umysłowo prawidłowego chorego wystąpiło porażenie nerwów ruchowych. W naszym przypadku zaś obok wątłej budowy i miernego odżywienia, mogłem wykazać tylko dość znaczny stopień neurastenii; nie było żadnych jednak zboczeń, świadczących o zmianach w ośrodkach nerwowych, lub nerwach obwodowych. (Ciąg dalszy nastąpi).

II. Wlewanie podskórne *(hypodermoclysis)* w terapii.

Podał
Dr. Dziembowski
z Poznania.

Jest to może poniekąd smutny objaw, że środki lecznicze, bardzo nawet skuteczne, często bywają zaniedbane przez lekarzy, jeżeli ich zastosowanie napotyka na trudności techniczne. Dlatego zapewne tak względnie rzadko bywają stosowane wlewania podskórne fizyologicznego roztworu soli kuchennej pomimo, że zbawienne ich działanie zostało stwier-

dzone przez wielokrotne doświadczenia. Ten nihilizm tłómaczy się może i tą okolicznością, że publikacye o tym rękoczynie bardzo są rozrzucone i tem samem mniej są dostępne. Powiedziałbym nawet, że oprócz rozlicznych sprawozdań o zbawiennem działaniu wlewań podskórnych w cholerze azyatyckiej i w przypadkach groźnych krwotoków, mało mamy publikacyi o tym zabiegu w innych chorobach. Tymczasem wlewanie podskórne jest metodą leczniczą, która zasługuje niezaprzeczenie na większe zainteresowanie ogółu lekarzy, gdyż działa równie skutecznie w innych chorobach, które nawet częściej zachodzą w praktyce, aniżeli cholera azyatycka lub zagrażający życiu krwotok.

Chcąc się bliżej zapoznać z tą metodą, należy się cofnąć wstecz i rozejrzeć się w dziejach jej rozwoju, a jednocześnie zapoznać się z fizyologicznem działaniem tego zabiegu na ustrój ludzki.

Już w roku 1831 i 1832 DrDr. Th. Latta i Mc. Kintosh leczyli cholerę azyatycką z dobrym skutkiem zastrzykiwaniem fizyologicznego roczczynu soli kuchennej do naczyń krwionośnych. Cantani, który w roku 1865 znów zalecił ten sposób leczenia cholery azyatyckiej, nie jest przeto ojcem, jak to mniemano, tej metody. Tymczasem publikacye tych autorów przebrzmiały, gdyż nie było materyału, żeby sprawę tę dalej badać. Wlewania podskórne atoli, względnie wstrzykiwania roczczynu fizyologicznego soli kuchennej do żył, nie poszły w zapomnienie.

Zabieg ten jednakowoż wziął swój rzeczywisty początek nie od leczenia cholery. Z chwilą bowiem, gdy autorowie, jak Worm-Müller, Leser, Goltz, Landois, Cohnheim i inni wykazali, że przetoczenie (tranfuzya) obcej krwi jest dla człowieka niebezpieczne i że nie daje odpowiednich wyników, zaczęto szukać innych płynów, któreby mogły zastąpić krew zwierząt. Przytem badania, wykonywane na zwierzętach, które nadmierne ilości krwi utraciły, wykazały, że powodem śmierci wskutek znacznej utraty krwi nie jest, jak dawniej sądzono, brak krwinek czerwonych i tlenu, lecz zaburzenia natury mechanicznej, wywołane niedostatecznem napełnieniem naczyń krwionośnych, a w szczególności prawego serca. Opierając się na tych doświadczeniach zaczęli autorowie, jak Goltz, Kronecker, Sander i Cohnheim robić próby z wstrzykiwaniem roczczynu fizyologicznego soli kuchennej zwierzętom, które straciły bardzo wiele krwi. Cohnheim przytem był pierwszy, który dowiódł, że rękoczyn taki może rzeczywiście uratować życie zwierzęcia, które wskutek nadmiernej utraty krwi z wszelką pewnością zginąćby musiało bez tego zabiegu.

Ośmielony tymi wynikami Schwarz w r. 1881, a po nim wkrótce Bischoff wykonali pierwsze wstrzyknięcie fizyologicznego rozczynu do żyły u człowieka, zamiast przetoczenia krwi i obydwaj uratowali swych chorych. Dowiedli tym sposobem od razu, że zabieg ten u ludzi nietylko stosować można, ale że jest skuteczny i zastępuje zupełnie przetoczenie krwi. Późniejsi autorowie, jak Maydl (1884), Schramm (1885) i Feys (1894) wykazali ostatecznie, że zabieg ten jest prawie zawsze skuteczny, że przewyższa pod każdym względem przetoczenie krwi, a dla chorego nie przedstawia najmniejszego niebezpieczeństwa.

Rękoczyn ten stosowano odtąd prawie powszechnie, najczęściej w zakładach leczniczych, a opis przypadków, w których używano go z dobrym skutkiem, wzrósł do wielkich rozmiarów.

Powstała tylko z czasem jeszcze różnica zdań, czy wstrzykiwać rozczyn soli kuchennej do żyły, czy też według rad Cantaniego 1), Samuela 2), a później Michaela 3), podskórnie. Cantani zalecał wlewanie podskórne dlatego, że uważał je za mniej niebezpieczne, niż do żyły, że przy podskórnem użyciu roczczyn soli wolniej się dostaje do krwi i stopniowo ją rozrzedza, przez co działanie staje się trwalsze, wreszcie, że wlewanie podskórne jest rękoczynem łatwiejszym. Sprawę tę rozstrzygnęła ostatecznie epidemia cholery azyatyckiej w Hamburgu. W czasie bowiem tej epidemii Dr. Hager na oddziale Dr. Jolasse stosował systematycznie u swych chorych wlewanie podskórne i wykazał nietylko statystycznie, ale i przez porównanie poszczególnych przypadków, że wlewanie podskórne działa równie skutecznie i szybko, jak wstrzykiwanie do żyły. Skutkiem tych korzystnych wyników w leczeniu cholery używano wlewań podskórnych zamiast wstrzykiwań do żył w przypadkach znacznej utraty krwi i przekonano się, że i tu równie szybko i skutecznie działa. To spowodowało ogół lekarzy, że dziś w rzadkich tylko przypadkach i to zapewne tylko w szpitalach stosowane bywa wstrzykiwanie roczczynu soli do żył, a zresztą wszyscy posługują się wlewaniem podskórnem. Lewatywy z roczczynu fizyologicznego soli kuchennej zupełnie prawie zarzucono. Nie brak wprawdzie autorów, jak Eltz 4) i Warman 5), którzy rękoczyn ten zalecają i starają się dowieść teoretycznie jego uprawnienia. Jeżeli jednak się zważy, że zabieg ten nie jest wcale łatwiejszy, niż wlewanie podskórne, a przytem niepewny, gdyż nie wiemy, czy chory lewatywę w sobie zatrzyma, to wobec tego nie wolno nam go zalecać. Moglibyśmy się do niej uciec tylko wtedy, jeżeli przypadek jest bardzo nagły, a narzędzi potrzebnych przy sobie nie mamy.

Nierównie szybki, jak w silnych krwotokach, był rozwój wlewań podskórnych w cholerze azyatyckiej. Jak wiemy, już w roku 1831 zalecono wstrzykiwanie roczczynu fizyologicznego w cholerze. Atoli dopiero epidemia cholery w roku 1884, w czasie której używali tej metody Cantani, Keppler i inni lekarze włoscy, oraz późniejsza epidemia w Hamburgu, w której wydoskonalili ten zabieg Sick, Hager i Rumpf wykazały, że wlewanie podskórne jest jedynym skutecznym środkiem w tak zwanym okresie skostnienia *(stadium algidum)* w cholerze azyatyckiej.

Przyjrzyjmy się z kolei działaniu fizyologicznemu wlewań podskórnych na ustrój ludzki. Jak to już wiemy, wlewanie to powoduje w pierwszym rzędzie obfitsze napełnienie żył i serca, a przez to silniejszą czynność serca i żywsze krążenie krwi. Wskutek tego powraca tętno u chorego, który z powodu utraty krwi, leży w zapadzie; twarz blada nabiera znów barwy, chory budzi się z uśpienia, siły jego wracają, jednem słowem zapad mija. Oprócz tego w dalszym ciągu wzmaga się ciśnienie krwi, zwiększa się wydzielanie moczu (Magnus) i budzi się żywsza czynność wszelkich gruczołów ustroju. W równej mierze z tym całym, że się tak wyrażę, procesem ożywczym, powiększa się energia przemiany materyi w tkankach, a przytem wydzielanie się trucizn i jadów, które się albo dostały do ustroju z zewnątrz, lub w nim samym się wytworzyły. Drago z Ca-

tanii 6) zauważył nawet po wlewaniu podskórnem bardzo szybko rozwijającą się nadmierną leukocytozę.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę to różnorodne działanie wlewań podskórnych na ustrój ludzki, to rozróżnimy działanie dwojakie: wlewanie podskórne działa ożywczo, wzmacniająco i usuwa zapad, a powtóre przepłókuje niejako, jak się wyraził Sahli, 7) ustrój ludzki.

Nie można się przeto dziwić, że na podstawie tych danych zaczęto stosować wlewanie podskórne nietylko w krwotokach i w cholerze, ale także i w chorobach, których leczenie wymaga właśnie tego działania na ustrój, które wywołuje wlewanie. Mam na myśli szczególnie zatrucia wszelkiego rodzaju. Jednakowoż skutek dobry z wlewania podskórnego w zatruciach może tylko wtedy nastąpić, jeżeli trucizna nie działa wprost i gwałtownie na serce, i tylko w tych przypadkach, w których wydzielanie moczu nie jest zupełnie wstrzymane.

Nie mam zamiaru, ani też miejsce po temu, żeby szczegółowo wyliczać te wszystkie zatrucia, w których wlewanie podskórne jest wskazane. Odsyłam raczej czytelnika do dzieł specyalnych na tem polu. Pragnę jednakowoż w kilku słowach skreślić obecny stan nauki o wlewaniach podskórnych w poszczególnych grupach zatruć. Zaleca się więc ten zabieg w przypadkach zatrucia strychniną, atropiną i jodoformem 8). Autor 9) niniejszej rozprawy stosował pierwszy tę metodę przed kilku laty z dobrym skutkiem w 4 przypadkach zatrucia zgniłą szynką *(zootrophotoxismus tropeïnicus)*, które występuje wśród objawów takich samych, jak zatrucie atropiną. Chorym można przytem podawać pilokarpinę, jak to robił autor, jednakowoż nie podskórnie, z obawy przed osłabieniem ośrodków.

Dalej zaleca się stosowanie wlewań podskórnych w zapadzie, towarzyszącym zatruciu arszenikiem, jadowitymi grzybami i olejem krotonowym, szczególnie wtedy, gdy zapad u chorych został wywołany gwałtownemi wymiotami i rozwolnieniem. Równie skutecznie działa wlewanie podskórne w zatruciach nitrobenzolem, aniliną, karbolem i naparstnicą 10). W tych przypadkach można uratować chorych, jeżeli rękoczyn zdoła wzmódz wydzielanie moczu.

Zamiast przetoczenia krwi użyjemy z dobrym skutkiem wlewania podskórnego w przypadkach otrucia tlenkiem węgla CO i dwusiarczkiem węgla *(Schwefelkohlenstoffgas)*. Jednakowoż tak, jak dawniej, puścimy choremu krew przed przetoczeniem i przed wlewaniem podskórnem, żeby część trucizny z ustroju usunąć.

Atoli nie tylko w zatruciach, które powstały przez to że trucizna z zewnątrz dostała się do ustroju, ale i w tych przypadkach, w których trucizna w ustroju samym wskutek choroby się wytworzyła, wlewanie działa zbawiennie. Najważniejszym i praktycznie doniosłym przykładem tego jest samozatrucie, które nazywamy mocznicą. Nie wystarcza jednakowoż w mocznicy stosowanie samego tylko wlewania podskórnego. Przeciwnie, tak jak dawniej trzeba najpierw choremu puścić krew, żeby część trucizny wydzielić, z ustroju, a dopiero potem zrobić wlewanie, które przez pobudzenie wydzielania moczu i przez działanie potne ostatecznie usunie resztę trucizny z ustroju. O ile sposób ten leczenia jest odpowiedni w tak zwanej żółcicy *(cholaemia)* powiedzieć nie umiem, gdyż przypadki takie bardzo są rzadkie. W każdym razie jednak sądzę, że sprawa działania tej metody w tych przypadkach jest bardzo problematyczna. Zmiany bowiem anatomiczne, które powodują skażenie krwi składnikami żółci, są zazwyczaj tak poważne, że choćbyśmy nawet usunęli ich skutek przez wlewanie podskórne, to nie zdołamy pomimo tego usunąć choroby samej, ani też uratować chorego przed śmiercią.

Oprócz tych różnorodnych zatruć, w których stosujemy wlewanie podskórne, pozostaje nam jeszcze do omówienia cały szereg chorób, w których zabieg ten leczniczy wielką odgrywa rolę. Mam na myśli pewne choroby brzuszne. Jak to ogólnie wiadomo, rękoczyn ten jest wskazany przedewszystkiem w dwóch chorobach, które przypominają cholerę azyatycką, to jest w cholerynie niemowląt i w cholerynie osób dorosłych. Działanie i uzasadnienie wlewania podskórnego w cholerynie niemowląt jest bardzo jasne. W tej chorobie przyjąć bowiem można jako pewnik, że dzieci tracą wskutek ubytku płynów i soków $^1/_{10}$—$^1/_5$ swej wagi. Nic więc naturalniejszego, jak stosować u nich wlewanie podskórne. Skutek też bywa w tych przypadkach na razie wyśmienity. Mówię „na razie“, bo leczenie tej choroby nie ogranicza się do stosowania wlewań, a wyleczenie ostateczne jest zależne od bardzo wielu czynników. Daje nam atoli ten rękoczyn możność usunięcia zapadu, pobudzenia na nowo krążenia krwi i napełnienia naczyń.

Tak samo naturalnie powinniśmy stosować wlewania podskórne i w cholerynie osób dorosłych. W tych przypadkach zabieg ten będzie uwieńczony jeszcze lepszym skutkiem, gdyż choleryna u dorosłych jest chorobą nierównie mniej groźną, niż choleryna u dzieci.

Stosowanie wlewań podskórnych w tych przypadkach wskutek analogii z cholerą azyatycką dosyć jest znane. Mniej za to znane jest stosowanie tego zabiegu w zapaleniu otrzewnej. Tymczasem środek ten, użyty w odpowiedniej chwili, świetny może dać wynik. Wiadomo bowiem, że zapalenie otrzewnej wywołuje przedewszystkiem zapad, pragnienie i wymioty. Jeżeli przytem zważymy, że nie wolno choremu podawać płynów do picia, że lód podawany niedostatecznie gasi pragnienie i wzmaga ruch robaczkowy kiszek, a środki podniecające, jak eter i kamfora, na zapad mało mają wpływu, to z radością chwycić nam się przyjdzie środka, który objawy te najprędzej i najpewniej usunąć powinien. To też z zadowoleniem patrzeliśmy, jak zbawiennie działa wlewanie podskórne na zapad, wywołany zapaleniem otrzewnej, naprzykład przy przedziurawieniu wyrostka robaczkowego. Gdy się wtedy widzi, jak wszystkie objawy groźne pod wpływem tego rękoczynu zwolna ustępują, to przychodzi się do przekonania, że to rzeczywiście i wyłącznie skutek wlewania podskórnego.

Natomiast inna sprawa, gdy chodzi o rozstrzygnięcie zagadnienia, czy i o ile zabieg ten wpłynie korzystnie na samą chorobę, jako taką. Nie chcielibyśmy tej sprawy na razie ostatecznie rozstrzygać. Wiemy wprawdzie z piśmiennictwa, że nie brak autorów, którzy, jak Leonpacher 11) przypisują wlewaniom działanie wprost leczące w zapaleniu otrzewnej. Ze zdań i uzasadnień tych autorów nie możemy jednakowoż zbyt pewnych wysnuwać wniosków. Na korzyść twierdzenia tych badaczów przytaczam atoli zdanie Fritscha, który, empirycznie wprawdzie, ale opierając się przytem na wielokrotnem doświadczeniu, widział w działaniu potnem, nie podając przytem chorym przez usta żadnego płynu,

najskuteczniejszy środek przeciwko szerzeniu się zapalenia otrzewnej po operacyach ginekologicznych. Stosowanie zatem wlewań podskórnych odpowiadałoby zupełnie żądaniu Fritscha. Przytem nie trzeba zapominać, że wlewania wzmagają czynność wszelkich gruczołów i obfitość moczenia. Przez tę czynność wydziela się wielka ilość jadów i bakteryj i wstrzymuje się rozwój zapalenia.

Pomimo tych rozumowań teorytycznych i nawet całego szeregu korzystnych wyników w praktyce, nie wolno nam się zbyt różowo zapatrywać na tę sprawę. Powinniśmy wprawdzie stosować ten rękoczyn w zapaleniu otrzewnej, ale jeżeli ono jest ogólne, to tylko w celu uśmierzenia dolegliwości i podtrzymania na pewien czas sił chorego. Więcej na razie spodziewać się nie można. Za to w przypadkach miejscowego zapalenia otrzewnej, szczególnie zaś w zapaleniu wyrostka robaczkowego, wlewanie podskórne stosować powinniśmy w nadziei, że nietylko sprawi ulgę choremu, ale pośrednio wpłynie także niepomiernie na cały przebieg choroby.

Pozostaje nam w końcu do omówienia sprawa działania swoistego wlewań podskórnych w chorobach zakaźnych. Wiemy z piśmiennictwa francuzkiego, a głównie angielskiego, że wykonywano zabieg ten z dobrym skutkiem w niektórych chorobach zakaźnych 12). U nas sprawą tą bardzo mało się dotychczas zajmowano. Nie wątpimy oczywiście, że w poszczególnych przypadkach i powikłaniach w chorobach zakaźnych, jak naprzykład po krwotoku, w durze brzusznym, rękoczyn ten stosować można z dobrym skutkiem. Inna rzecz, jeżeli mamy stwierdzić działanie swoiste. Zapatrywania optymistyczne autorów, oparte na wywodach Sahliego o przepłókiwaniu ustroju za pomocą wlewań, wydają się bez wątpienia na pozór bardzo słuszne. Tymczasem próby, które dotychczas robiono, nie wypadły dość pomyślnie. W gnilnem zatruciu krwi *(sepsis)* i w gorączce połogowej, przy których najczęściej dotychczas stosowano wlewania podskórne, nie otrzymano żadnych prawie wyników dodatnich. Możnaby zresztą, choćby nawet skutek był dobry, zawsze jeszcze zrobić zarzut, że choroba i bez tego zabiegu szczęśliwie się mogła zakończyć. Tymczasem nie brak pewnych wskazówek, które przemawiają za stosowaniem systematycznem wlewań podskórnych w chorobach zakaźnych. Jak bowiem wiemy, pozostawia wiele z nich po sobie zapalenie nerek. Jeżeli tacy chorzy używają wiele bardzo płynów nie drażniących, jak mleko i woda w czasie choroby zakaźnej, to spostrzegamy, że zapalenie nerek wtedy rzadziej i stosunkowo mniej silnie występuje, niż u tych, którzy nie mogli lub wzbraniali się przyjmować wiele płynów. Nie dzieje się to z pewnością li tylko przypadkiem, lecz polega bezwątpienia na wzmożeniu wydzielania moczu i potów, z którymi wydzielają się prędzej i łatwiej toksyny; stan rozrzedzenia tych ostatnich przez zwiększoną ilość płynów, które chory przyjmowali, zapobiega podrażnieniu nerek i innych narządów. Jeżeli zaś wiemy, że wlewania podskórne tym właśnie warunkom odpowiadają, przeto dziwić się nie można, że wielu autorów w działaniu ich upatruje działanie swoiste na choroby zakaźne. Tymczasem nie trzeba zapominać, że wiadomości nasze o biologii drobnoustrojów chorobotwórczych bardzo są jeszcze niedostateczne i że to, co o nich wiemy, nie wystarcza, żeby na tej podstawie zalecać wlewanie podskórne jako środek swoisty. Najwięcej uprawnione zdaje nam się być wlewanie w płonicy w celu zapobieżenia tak ważnemu powikłanu, jak zapalenie nerek, szczególnie, że w mocznicy tak skutecznie działa. Dalej stosowalibyśmy wlewanie w zapadzie po krwotoku w durze brzusznym, lub w tak zwanym „status typhosus“. We wszystkich innych przypadkach brak nam jeszcze wyników metodycznego stosowania wlewań podskórnych, któreby wykazało, czego się po nich w chorobach zakaźnych spodziewać można.

Piśmiennictwo: 1) Berliner klinische Wochenschrift. Nr. 36, 1892. 2) Berliner klinische Wochenschrift, 1883. 3) Deutsche medicinische Wochenschrift. Nr. 39 i 45, 1892. 4) Therapeutische Monatshefte, Nr. 9, 1898. 5) Therapeutische Monatshefte Nr. 9, 1893. 6) Medicina moderna, Nr. 15, 1900. 7) Volkmann Sammlung klinischer Vorträge, Nr. 34. 8) Leonpacher Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie, Tom 6, zeszyt 3 9) Dziembowski: Przyczynek do nauki o zatruciach pokarmami ze świata zwierzęcego (zootrophotoxismus). Nowiny lekarskie. Nr 12, 1898. 10) Ringer i Samsburg: Action of the digitalis group Lancet, grudzień Nr. 49, 1883. 11) Leonpacher: *Loc. cit.* 12) Eberhart: Ueber subcutane 0,9% Kochsalzinfusionen bei Puerperalfieber. Therapeutische Monatshefte. Nr. 7, 1899.

III. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego Radcy Dworu Prof. Dr. Jordana.

Pęknięcie macicy w ciąży.

Podał

Dr. Stanisław Dobrowolski.

Asystent kliniki.

(Sprawozdanie przedstawione na posiedzeniu krakowskiego Towarzystwa lekarskiego w dniu 15 października 1902).

(Ciąg dalszy)

Przypadek o tak ciemnej etyologii przydarzył się właśnie w roku bieżącym w krakowskiej klinice Prof. Jordana i dlatego ogłaszam go po pierwsze dla jego rzadkości, po drugie i dla zawiłych przyczyn, które pęknięcie macicy w ciąży tutaj sprowadziły. Spostrzeganie tego przypadku nasuwa mi jeszcze dalsze nieznane czynniki, usposabiające do pęknięcia macicy, które jednakowoż wyników innych badaczy wcale nie kwestyonują.

B. A. l. p. k. 56 (14), l. 35, podaje: rodziła siedem razy, z czego pięć razy na czasie siłami przyrody, dzieci żywe w położeniu podłużnem główkowem; szósty poród na czasie ukończono przed trzema laty wymóżdżeniem, ostatni poród przedwczesny przed 1½ rokiem siłami przyrody w VIII. mies. ciąży. Połóg szósty z rzędu przebiegał z gorączką tak, że dłuższy czas była ciężko chorą, inne zaś połogi były prawidłowe.

Miesiączkowała zawsze prawidłowo, ostatnią regularność odbyła w pierwszej połowie marca 1901 r. Po ustaniu miesiączki czuła, że jest w ciąży, ruchy płodu poczuła we właściwym czasie; do ósmego miesiąca ciąży była zupełnie zdrową, w dwóch ostatnich miesiącach ciąży nie mogła wiele chodzić i pracować, gdyż natychmiast występowały znaczne obrzęki na kończynach, które jednakże przy spokojnem zachowaniu się chorej ustępowały bez jakiegokolwiek leczenia. Kres ciąży według obliczań chorej przypadał po 20 grudnia 1901 r. Przez cały czas trwania ciąży nie odczuwała żadnych dolegliwości w brzuchu, również nigdy z części rodnych nie miała odchodów krwawych.

D. 14 stycznia 1902 r. bez jakiejkolwiek przyczyny, bez wszelkiego urazu, bez odczuwanych bolów porodowych, stojąc przy kuchni, uczuła nagle gwałtowny ból w brzuchu tak, jakby jej coś pękło w kierunku poprzecznym powyżej pępka, poczem zaraz uczuła znaczne osłabienie, a otoczenie spostrzegło, że nagle bardzo zbladła; przytomności przy tem nie utraciła. Wkrótce wystąpiła u chorej znaczna duszność,

uczucie przykrego rozpierania w brzuchu i nudności. Czkawek i wymiotów chora nie miała. Równocześnie z powyższymi objawami ustały ruchy płodu. Wieczorem dnia tego oddała mocz i stolec dobrowolnie. Nazajutrz wezwany lekarz odesłał chorą do kliniki, dokąd po jeździe wozem przez trzy godziny i koleją przez cztery godziny przybyła 15. I. 1902 r o godz. 5·15 m. popołudniu.

S t a n o b e c n y w c h w i l i p r z y b y c i a c h o r e j: Skoro chorą ułożono na łóżku, przedstawiała obraz osoby umierającej; skóra i błony śluzowe trupio blade z odcieniem sinawem, rysy twarzy zaostrzone, tętna na tętnicy sprychowej domacać się nie można, a duszność tak znaczna, że chora tylko może pozostawać w pozycyi siedzącej, przy czem oddechy są bardzo powierzchowne, bardzo częste, charczące. Po 10 minutach spokoju bez zastosowania jakichkolwiek środków, stan ogólny chorej nieco się poprawił; pojawiło się drobne, nikłe, o nizkiej fali tętno na tętnicy sprychowej w liczbie 132; oddechy stały się głębszymi w liczbie 42, ciepłota ciała niżej prawidłowej, 35·8°. Osoba w najwyższym stopniu bezkrwista, wzrostu małego, o budowie krzywiczej, licho odżywiona, wykazuje nieznaczne obrzęki na kończynach dolnych. Tony serca głuche, ale czyste, serce nieco rozszerzone w kierunku poprzecznym; w płucach, o ile badanie dało się przeprowadzić, zmian nie znaleziono. W sutkach znaleziono zmiany odpowiadające ciąży. Mocz odpuszczono cewnikiem w ilości 30 grm., mocz ten jest jasny, czysty, białka nie zawiera.

Brzuch beczułkowato wzdęty, znacznie obwisły, powłoki cienkie, napięte, żyły skórne na powłokach porozszerzane, na skórze liczne stare blizny poporodowe. Brzuch już już przy zupełnie powierzchownem badaniu miernie bolesny; bolesność ta na całej powierzchni jednakowa.

Wypuk jawny bębenkowy daje się stwierdzić tylko w dołku podsercowym; w obu okolicach lędźwiowych i w obu podżebrzach; zresztą nad całym brzuchem wypuk przytłumiony. Przy silniejszem opukiwaniu stwierdzić można, że wypuk po stronie prawej nad pachwiną jest bardziej tępy, aniżeli nad pachwiną lewą.

Przy powierzchownem obmacaniu brzucha wybadać się dał w brzuchu bezpośrednio pod cienkiemi powłokami płód, leżący podłużnie mniej więcej w pośrodku brzucha i to tak, że cały grzbiet płodu, co łatwo stwierdzić można było po widocznych nawet wyrostkach kolczastych kręgów, przylegał nieco na lewo od linii środkowej do przedniej ściany powłok. Linia kręgów, jak obmacaniem stwierdzić było można, przebiegała łukowato od góry i strony lewej, ku dołowi i stronie prawej; ślad linii kręgowej rozpoczynał się na dłoń poniżej łuku żebrowego lewego, a gubił się na trzy palce niżej pępka; prócz tego w podżebrzu lewem wybadano wyraźnie jakieś części drobne. Wysoko nad wchodem czuć było chwilami jakieś ciało duże, którego bliżej określić nie było można z powodu silnego napięcia powłok i bolesności brzucha. W podbrzuszu zresztą nad obu pachwinami stwierdzić można było po obu stronach zwiększoną oporność rozlaną, po lewej zupełnie nie dającą się określić, po prawej zaś odnosiło się wrażenie płaskiej poduszeczki, również jednakże bez wybitnych granic. Mimo całej ścisłości badania wśród danych warunków w pozycyi na pół siedzącej chorej, nigdzie nie można na pewno odszukać obrysów macicy, domyślać się zaś na podstawie wyniku badania można było, że poduszkowaty opór w podbrzuszu po stronie prawej może odpowiadać spłaszczonej, niezbyt powiększonej, miękkiej macicy. Wymiarów brzucha, jakoteż zewnętrznych wymiarów miednicy nie brano wobec stanu chorej. Przy osłuchiwaniu brzucha nigdzie żadnych szmerów, ani tonów nie udało się wysłuchać. Przy kilkakrotnem badaniu nigdy nie zauważono najmniejszej zmiany w ułożeniu płodu, ani też w rozłożeniu stłumienia.

Badanie wewnętrzne: Srom ziejący, międzykrocze naddarte, wejście do pochwy miernie szerokie, przedsionek nadzwyczaj blady, pochwa krótka, szeroka, błona śluzowa sucha, mało rozpulchniona. Sklepienie przednie i prawe szerokie, oporne, oba lekko wypukłone; sklepienie tylne wązkie, wklęsłe; sklepienie lewe napięte, płaskie, wązkie. Część pochwowa na pół falangi długa, gruba, walcowata, dosyć zbita, przebiega od przodu i strony prawej ku tyłowi i stronie lewej, a przeciągnięta ku stronie lewej i tyłowi przez bliznę, zajmującą całe sklepienie lewe. Warga przednia zbita i grubsza, tylna cieńsza, miększa. Ujście zewnętrzne poprzeczne, z wrębem płytkim po stronie prawej; po stronie lewej i od tyłu wrąb głęboki, przechodzący w bliznę sklepienia lewego. Ujście zewnętrzne przepuszcza wygodnie palec, który wchodzi łatwo do szyi na niecałą falangę, a szczyt palca natrafia na ślepy pozornie lejek.

Przez sklepienie przednie i prawe przy badaniu pojedynczem majaczy jakby dalszy ciąg szyi i trzon macicy, szeroki, płaski, bez ścisłych granic, w każdym razie nie odpowiadający macicy połogowej, a raczej macicy symptomatycznie powiększonej. Badanie zestawione było wprost w danych warunkach niemożliwe.

Przy badaniu ponownem pojedynczem udało się palcem, wprowadzonym do szyi w lejku, wytworzonym przez pierścień Muellera, odszukać drobny otworek, który pod lekkim uciskiem palca szybko się rozszerzył i wygodnie przepuścił palec. Palec wpadał, idąc po tylnej ścianie szyi w odległości falangi od ujścia zewnętrznego, do jamy, nie dającej się ograniczyć, w której przez chwilę coś się przesunęło, jakby pępowina lub jelito. Stale w jamie niczego się nie dało wybadać; idąc ku kości krzyżowej wyczuć można było cienką błonę przesuwającą się na wzgórku kości krzyżowej; fałd ten błony był przesuwalny, przeto uważano go za fałd otrzewnowy Douglasa; od przodu czuć było jakieś ciało podatne, wypukłe, które uważano za dalszy ciąg ściany szyi przerwanej palcem w bliźnie.

Wynik tego badania nie dał obrazu jasnego; na podstawie badania nie można było zupełnie postawić żadnego ścisłego rozpoznania. W rozpoznaniu trzeba było myśleć o ciąży zamacicznej przenoszonej, przerwanej, lub o pęknięciu macicy w ciąży.

Za pierwszem rozpoznaniem przemawiały prawie wszystkie objawy: 1) stwierdzono w jamie brzusznej płód nieruchomo usadowiony; 2) mimo bardzo wybitnych objawów krwotoku wewnętrznego znaleziono w obu okolicach lędźwiowych wypuk jawny; 3) sklepienie tylne było wązkie i wklęsłe; 4) domyślna macica dawała raczej uczucie macicy symptomatycznie powiększonej, aniżeli połogowej; 5) nie wybadano brzegów rany macicy rozdartej, a wreszcie i to brano pod rozwagę, że 6) pęknięcia macicy w ciąży należą do zdarzeń bardzo wyjątkowych. Jeżeli szukałoby się w danym przypadku za jakiemś tłem, ułatwiającem pęknięcie, to trzebaby go szukać w szyi, już pękniętej podczas jednego z przebytych porodów, o czem świadczyły blizny w sklepieniu i w tkance łącznej przymacicznej *(parametrium)*, tymczasem tu szyja była nienaruszoną. Rozpoznaniu pęknięcia macicy ciężarnej sprzeciwiał się brak możności wybadania skurczonej macicy połogowej, która nawet w takich warunkach badania powinna się była zaznaczyć. W końcu pamiętano i o tem, że chora od pierwszych objawów do chwili przybycia do kliniki żyła już 30 godzin i przebyła tak daleką podróż kołami i koleją.

Po przechyleniu rozpoznania raczej w kierunku ciąży zamacicznej, rzucono myśl natychmiastowej operacyi i postanowiono, jak zawsze w przypadkach przenoszonej ciąży zamacicznej postępuje się w klinice, chorą dalej obserwować, zwłaszcza, że w dwie godziny po przybyciu do kliniki stan ogólny chorej i tętno poprawiły się, a objawy otrze-

wnowe wcale nie wystąpiły. W 10 godzin po przybyciu do kliniki zanotowano: chora spokojna, nieco spała, oddechy nasilone w liczbie 36, tętno 140, chwilami przepuszcza; nudności, wymiotów nie było, z części rodnych nie krwawi.

16. I. rano ciepłota wynosiła 37, tętno 132, regularne, lepiej napięte; chora spała dosyć; liczba oddechów 32, oddech spokojniejszy, na twarzy i błonach śluzowych znaczna bezkrwistość, objawów podrażnienia otrzewnej niema, mocz oddała, płyny przyjmuje.

Wieczorem: ciepłota 37·5, tętno 132, regularne, miękkie. Liczba oddechów 36, nasilone; język wilgotny. Wiatry nie odchodzą, okolica żołądkowa więcej wzdęta. Ilość moczu dobrowolnie oddanego wynosi 500 grm., białka nie zawiera.

Noc z 16 na 17 spędziła względnie nie źle, bo podobnie jak poprzednio; dopiero około 7 rano zaczęła narzekać na znaczne rozpieranie w brzuchu, zatrzymanie wiatrów, odbijania. Ciepłota wtedy wynosiła 37·9, tętno 148, gorsze niż dnia poprzedniego. O godzinie 9 rano wystąpiły jednorazowe skąpe wymioty, po nich zaraz stan chorej znacznie się pogorszył, ogólna bladość zwiększyła się, wystąpiła sinica, tętno stało się nitkowatem, niezliczalnem, duszność tak znaczna, że chora robiła wrażenie osoby konającej. Płód w brzuchu zmienił także nieco swe położenie, wygięcie kręgosłupa płodu stało się jeszcze wyraźniejsze, a znikły zupełnie części drobne, pierwotnie badalne w podżebrzu lewem. Rozpoznano wtórny krwotok wewnętrzny i z tego wskazania przystąpiono natychmiast do operacyi. Chorą napół przytomną ułożono na stole poziomo, powłoki, obmyte w zwykły sposób, rozcięto bez uśpienia chorej w linii środkowej na długości 25 ctm., równomiernie powyżej i poniżej pępka. Równocześnie z rozpoczęciem operacyi wlano do żyły 2000 grm. roztworu fizyologicznego soli kuchennej. W otwartej jamie brzusznej napotkano najpierw płód zmacerowany, który natychmiast wydobyto; leżał on w położeniu podłużnem miednicowem pierwszem. Wraz z płodem wylała się z jamy brzusznej spora ilość krwi skrzepłej i płynnej, poczem śladem długiej pępowiny dotarto, idąc ku dołowi i stronie prawej, do łożyska, przyczepionego do jakiegoś ciała kulistego, miękkiego. Po oczyszczeniu pola operacyjnego przekonano się, że łożysko leży odklejone na swem właściwem podłożu, t. j. na ścianie macicy, a macica jest wzdłuż tylnej ściany pęknięta i w zupełności w y n i c o w a n a tak, że powierzchnia śluzowa macicy stała się powierzchnią zewnętrzną pękniętej macicy, powierzchnia zaś otrzewnowa, która stała się powierzchnią wewnętrzną, wytworzyła jamę macicy. Macica była tak zmieniona w swych kształtach, że nawet po otworzeniu jamy brzusznej odrazu jej rozpoznać nie było można. Oddzielenie łożyska od macicy było bardzo łatwe. Skoro płód i popłód usunięto i oczyszczono jamę brzuszną z nagromadzonej krwi, musiano rozstrzygnąć szybko, co robić z macicą. Wobec bardzo rozległego pęknięcia nie pozostawało nic innego, jak ją wyłuszczyć, a wobec bardzo złego stanu chorej musiano dokonać amputacyę macicy nadpochwową, przy czem naturalnie macicę odnicowano. Mimo całego pośpiechu operacyjnego nie zdołano operacyi dokończyć na żywej; z chwilą właśnie, kiedy odcięto macicę, chora żyć przestała.

Płód wydobyty donoszony płci męskiej o olbrzymim rozwoju ze śladami dosyć daleko posuniętej maceracyi, uwidoczniającej się tak na skórze jak i kościach czaszki, waży 4700 grm., długość jego wynosiła 53 ctm., a obwód główki 39 ctm.

Łożysko wydobyte całe wraz z błonami waży 650 grm., ma kształt owalny, o wymiarach 22 × 18, jest grube na $2^1/_2$ ctm., zmian w utkaniu nie okazuje żadnych. Pępowina surowiczo-krwawo nasiąkła o nielicznych skrętach, grubości kciuka, ma długość 45 ctm.

Macica wyłuszczona połogowa, amputowana nizko w części nadpochwowej, jest pęknięta wzdłuż tylnej ściany trzonu i przez dno, a przytem w zupełności wynicowana. Pęknięcie to przebiega wzdłuż tylnej ściany dolnego odcinka trzonu tuż przy *parametrium* lewem prawie prostolinijnie na długości 10 ctm., potem zagina się nagle pod kątem 40° i przebiega aż do szczytu dna na długości 11 ctm., potem zagina się znowu nieco pod kątem rozwartym i dochodzi aż do przyczepu trąbki prawej.

Brzeg pęknięcia dolnego odcinka trzonu po stronie lewej jest znacznie grubszy i mierzy 2 ctm., podczas gdy brzeg prawy mierzy zaledwie 3 milimetry; takie ścieńczenie brzegu prawego utrzymuje się na długości 3 centymetrów. Powyżej pierwszego załamania się linii pęknięcia brzeg lewy wynosi 2 ctm., prawy zaś 8 milimetrów. Grubość pęknięcia brzegów w dnie jest po obu stronach jednakowa i wynosi po $2^1/_2$ ctm. Na przedniej ścianie jamy macicy i w dnie znajdujemy miejsce łożyskowe na długości 10, a szerokości 8 ctm., tak jednakże, że pęknięcie nie przechodzi przez miejsce łożyskowe. Długość jamy amputowanej macicy wynosi 13 ctm.

Zewnętrzną powierzchnię macicy okrywa odpowiednio do połogu zmieniona otrzewna, nie wykazująca nigdzie żadnych zmian zapalnych.

Prócz tego na preparacie dostrzega się oba więzy okrągłe, z których lewy jest silniej od prawego rozwinięty, widać dalej obie trąbki z odciętymi odcinkami brzusznymi, ale w przebiegu swym aż do ujść macicznych trąbek zupełnie niezmienione; prawa trąbka utrzymana w długości 9, lewa na długości 8 ctm.; wreszcie dostrzega się oba parametrya, z których prawe jest cienkie, niezmienione makroskopowo, lewe grube bliznowate.

Preparat resztki przewodu rodnego, wydobyty przy sekcyi zwłok, wykazuje: pęcherz, fałd otrzewnowy przedni niezmienione; kikut części nadpochwowej, odpowiadając przedniej ścianie, jest dłuższy i mierzy 3 ctm.; tylnej krótszy i mierzy $1^1/_2$ ctm.; widać dalej resztki trąbek, resztki więzów okrągłych, jajniki, parametryum prawe cienkie, podatne, lewe grube, bliznowate, w zatoce Douglasa nieliczne, długie i wiotkie zrosty. Pochwa zmian nie okazuje. Warga przednia jest długa na 2 ctm. i jest znacznie grubsza; warga tylna zaznacza się tylko na długości 1 ctm. i jest cieńsza; ujście zewnętrzne tworzy szparę poprzeczną, wygodnie dla kciuka drożną. Od ujścia ku stronie prawej biegnie wrąb, dochodzący prawie do sklepienia; po lewej znajdujemy wrąb głębszy, który przechodzi w bliznowate parametryum lewe. Szyja utrzymana w długości 3 ctm.; na szczycie szyi nie natrafia się nigdzie na zmiany anatomiczne.

Sekcya zwłok wykazała w obu płucach obrzęk i niedodmę w płatach dolnych, zrosty opłucnowe po stronie lewej, ogromna bladość wszystkich narządów miąższowych, zresztą nigdzie w narządach, ani też na otrzewnej śladów zakażenia makroskopowo nie znaleziono. (Dok. nast.).

IV. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Trzy rzadsze zabiegi operacyjne, wykonane w szpitalu powszechnym w Brzeżanach.

Podał

Dr. Adam Kowenicki,

sekundaryusz.

I. U pierwiastki H. A., liczącej lat 18, karliczki, której wzrost wynosił 127 ctm., a którą od dłuższego czasu trzymaliśmy w szpitalu z powodu zwężenia miednicy zna-

cznego stopnia, wystąpiły d. 3 czerwca b. r. bóle porodowe. Dla dokładniejszego przeglądu podaję wymiary miednicy u H. A., obok wymiarów miednicy prawidłowej: (Schauta *Lehrbuch der gesammten Gynäkologie, 1896)*.

Wymiary miednicy u H. A.	Wymiary miednicy prawidłowej.
Distantia spinalis 21 ctm.	26 ctm.
Distantia cristalis 24 ctm.	29 „
Distantia trochanterica 25 ctm.	31 „
Conjugata externa 16 ctm.	20 „
Conjugata diagonalis 8 ctm.	$12^1/_2$ ctm.

Podane wymiary wskazują na to, że u H. A. miednica jest ogólnie jednostajnie ścieśniona i to w bardzo wysokim stopniu. Przez tak ścieśnioną miednicę płód donoszony, choćby nieduży, przecisnąć się nie może, a u H. A. wszelkie objawy przemawiały za tem, iż bóle porodowe wystąpiły przy końcu ciąży prawidłowej.

Z wywiadów dowiedzieliśmy się, iż ostatnia miesiączka miała miejsce w końcu sierpnia 1901 r.; macica sięgała na dwa palce poniżej wyrostka mieczykowatego, a obwód brzucha, mierzony w okolicy pępka, wynosił 101 ctm. Płód znajdował się w położeniu czaszkowem, grzbietem ku stronie prawej; główka płodu, stojąca nad wchodem miednicy, ruchoma, o kościach, o ile przez powłoki jędrne dało się wyczuć, twardych.

Z powodu bezwzględnego niestosunku porodowego ukończyliśmy poród cięciem cesarskiem sposobem zachowawczym Sängera w czasie I. okresu porodowego. Cięcie poprowadziłem wzdłuż linii białej, a wytoczywszy macicę po otwarciu jamy brzusznej i oddzieliwszy ją kompresami, otworzyłem macicę cięciem podłużnem i wyjąłem żywy płód płci żeńskiej. Następnie wydaliwszy łożysko z błonami, zaszyłem jedwabiem macicę szwem dwupiętrowym i dobrze skurczoną wpuściłem do jamy brzusznej, którą zamknąłem. Przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy tak, iż mogłem już dnia 15 czerwca wyjąć szwy u położnicy, a w dniu 20 czerwca pozwoliłem jej wstawać z łóżka. Rana w powłokach brzusznych zagoiła się dokładnie bez jakiegokolwiek ropienia.

Płód płci żeńskiej ważył 2830 gramów; długość jego wynosiła 49 ctm., obwód główki 33 ctm., średnica czołowo-tyłogłowowa 10 ctm.; podbródkowo-tyłogłowowa $10^1/_2$ ctm.; ciemieniowa 9 ctm.

W dniu 5 czerwca, ponieważ H. A. czuła się zupełnie dobrze, a także miała dostateczną ilość pokarmu, przystawiono dziecko do piersi i od dnia tego H. A. stale sama karmiła. Dziecko rozwijało się prawidłowo i zupełnie zdrowe wraz z matką wypuszczono ze szpitala.

II. Dnia 5 sierpnia b. r. zgłosiła się do szpitala N. S, kobieta 54-letnia, skarżąc się na silne bóle we wnętrznościach, a przytem żądając, by jej wypuścić wodę z brzucha. Ponieważ chora zachowywała się z powodu bólów bardzo niespokojnie, a w dodatku ciągle powtarzała swoje żądanie, przeto wstrzyknąłem jej 0,01 morfiny, a gdy się uspokoiła, przystąpiłem do wywiadów i badania przedmiotowego.

Chora podaje, że już od roku zauważyła po stronie prawej guz w dolnej części brzucha, który początkowo nie sprawiał żadnych dolegliwości, jednak stale się powiększał; od czterech miesięcy doznaje chora uczucia gniecenia i ucisku w dołku podsercowym i pewnego utrudnienia przy oddechaniu, które występowało najsilniej w pozycyi siedzącej. Chora dodaje, że guz ten poruszał się w jamie brzusznej swobodnie, a gdy zeszedł na dół, czuła się znacznie lepiej. Dnia 1 sierpnia b. r. objawy ucisku w całej jamie brzusznej znacznie się powiększyły, miało to wystąpić nagle po obudzeniu się chorej ze snu; od dnia tego chora nie oddawała stolca, mimo zażycia oleju rącznikowego. Dnia 3-go sierpnia wystąpiły wymioty i silne bóle w całym brzuchu, które nie ustawały i one to zmusiły chorą do zgłoszenia się do szpitala.

Badanie przedmiotowe wykazuje: Osoba wzrostu dobrego, silnie zbudowana, licho odżywiona, ciepłota ciała 37,6, tętno 112 uderzeń na minutę, język suchy. Brzuch znacznych rozmiarów, niejednostajnie powiększony, znaczniejsze wypuklenie widoczne w podżebrzu prawem i po stronie lewej poniżej pępka. Obmacywaniem można wykazać guz w jamie brzusznej chełboczący, nieruchomy; guz ten nie da się oddzielić od spojenia łonowego. Wypukiem nie znaleziono wolnego płynu w jamie brzusznej. Tak przy obmacywaniu, jak i opukiwaniu chora skarży się na znaczny ból. Badanie przez pochwę wykazało wysokie ustawienie sklepienia pochwowego, a przez nie wyczuć można chełbotanie; część pochwowa bardzo mało ruchoma; położenia macicy oznaczyć nie można. Badanie przez kiszkę stolcową daje wynik ujemny.

Rozpoznaliśmy torbiel jajnikowy znacznych rozmiarów, uciskający prawdopodobnie górny odcinek kiszki odchodowej i rozpoczynające się zapalenie otrzewnej. Chorej zaproponowaliśmy zabieg operacyjny, na który po dłuższem wahaniu się zgodziła. Po odpowiedniem przygotowaniu i uśpieniu chorej poprowadziłem cięcie wzdłuż linii białej, a po otwarciu otrzewnej ściennej, silnie nastrzykanej, wcisnęła się do rany przednia powierzchnia guza brudno wiśniowej barwy. Mimo dużego cięcia (4 ctm. poniżej wyrostka mieczykowatego, 6 ctm. powyżej spojenia łonowego) z trudnością udało się guz wydostać na zewnątrz. Po wyjęciu go przekonaliśmy się, że guz wychodzi z przydatków macicy strony prawej i że był on kilkakrotnie okręcony około swej szypuły, utworzonej z więzadła jajnika, trąbki Fallopiusza i części więzadła szerokiego. Szypuła ta była silnie obrzękła i ciemno wiśniowo zabarwiona. Po odkręceniu guza i rozpatrzeniu się w stosunkach anatomicznych, założyłem uciskadła na szypułę, jedno tuż przy rogu macicy, drugie nieco wyżej, przeciąłem szypułę między uciskadłami i w ten sposób guz wydaliwszy, obrzuciłem szwem ciągłym jedwabnym pozostałą część szypuły, zakładając szew tak głęboko, by i przecięte naczynia nim zacisnąć. Tak w zagłębieniu pomiędzy pęcherzem a macicą, jak i w jamie Douglasa, znajdowała się mierna ilość cieczy surowiczo-krwawej i wiotkich skrzepów; ciecz tę wydaliłem tamponami, a jamę brzuszną następnie zaszyłem.

Przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy; dnia 9 sierpnia zapomocą lawatywy wywołałem wypróżnienie; 15 sierpnia wyjąłem szwy powierzchowne, a 19 sierpnia głębokie. Rana brzuszna zagoiła się przez rychłozrost. Dnia 22-go założyłem opaskę brzuszną, a 24-go odjechała N. S. do domu, jako zupełnie wyleczona. Wyjęty guz miał kształt nieregularnego elipsoidu, przedstawiał się jako silnie napięty pęcherz, ważył 6 klg; po przecięciu ścian wylała się treść surowiczo-krwawa w znacznej ilości. W ścianach torbiela znajdowały się dwa mniejsze torbiele, każdy wielkości gęsiego jaja, które także były wypełnione treścią surowiczo-krwawą.

III. Dnia 24 sierpnia b. r. zgłosił się do szpitala P. G., mężczyzna liczący 56 lat, z powodu silnych bólów w okolicy pępka, które w nocy miały wystąpić i trwają bez przerwy. Badaniem przedmiotowem prócz miernego wzdęcia i bolesności brzucha, szczególniej w okolicy pępka, nic innego nie znalazłem. Badaniem przez kiszkę odchodową stwierdziłem w niej znaczne ilości kału.

Rozpoznałem kolkę jelitową i zastosowałem wlewania lejkiem Hegara, po których nastąpiło znaczne wypróżnienie. Chory czuł ulgę; noc następną przepędził on spokojnie; zrana jednak skarżył się znowu na ból w dolnych częściach brzucha i na nudności. Po raz drugi zastosowano wlewania lejkiem Hegara, tym razem bez skutku, a ponieważ popołudniu wystąpiły silniejsze bóle, wstrzyknąłem choremu atropinę z morfiną. W nocy wystąpiły wymioty żółciowe, czkawka i silniejszy bol w brzuchu, a zrana dnia 26 sierpnia stwierdzono silniejsze napinanie się jelita cienkiego w okolicy zastawki Bauhina. Gdy wlewania wysokie do kiszki odchodowej okazały się bezskuteczne, przychyliliśmy się do rozpoznania niedrożności przewodu pokarmowego w okolicy

zastawki Bauhina, nie przesądzając jednak z góry rodzaju tej niedrożności, prócz bowiem napinania się jelita cienkiego w okolicy tej zastawki, wzdęcia jelit i bolesności brzucha, nic innego nie można było wykazać. Choremu przedstawiliśmy potrzebę operacyi, na którą się zgodził.

Po uśpieniu chorego i otwarciu jamy brzusznej w linii białej, wcisnęły się do rany silnie przekrwione i rozdęte jelita cienkie. Przeszkodę znalazłem w okolicy zastawki Bauhina: tu jelito cienkie na przestrzeni około 8-miu ctm. było wgłobione w jelito grube wstępujące. Wgłobienie dało się bardzo łatwo odprowadzić, a ponieważ ściana jelita wgłobionego była elastyczną (wypełniła się bowiem natychmiast po odprowadzeniu) i nie przedstawiała zmian zgorzelinowych, wprowadziłem jelita napowrót do jamy brzusznej, poleciwszy przedtem założyć dren do kiszki odchodowej, przez który odeszły znaczne ilości płynnego kału i wiatrów, poczem jamę brzuszną zaszyłem.

Przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy. Dnia 29 sierpnia oddał chory stolec, dnia 6 września wyjąłem szwy powierzchowne, a dnia 9 września głębokie i założyłem na opatrunek opaskę brzuszną. Dnia 14 września P. G wyszedł ze szpitala jako zupełnie wyleczony.

Od czerwca b. r. używamy w szpitalu sterylizatora Dra Wątorka, wykonanego w pracowni p. Bogdanowicza we Lwowie według wskazówek Dra Wątorka, któremu na tem miejscu za bezinteresowną uprzejmość dziękujemy. Nie chcąc szeroko opisywać samego przyrządu, podać muszę to tylko, iż jest to sterylizator bardzo praktyczny, dokładny i trwały, kosztuje 230 koron, a przy swoich zaletach, jakoteż i dlatego, że może być wykonany w kraju, zasługuje bardzo na rozpowszechnienie.

W końcu, spełniając miły obowiązek, dziękuję Wielmożnemu Panu Drowi Albertowi Żaudererowi, Dyrektorowi szpitala, za odstąpienie mi wyżej opisanych przypadków operacyjnych i za zachętę do ich opisania.

V. Wyciągi.

Moeller. **W sprawie przeniesienia się gruźlicy ludzkiej na bydło rogate i kozy.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 40, 1902). Z poczynionych doświadczeń wynika, że cielęta nie zapadają na gruźlicę, pomimo że bywają przez dłuższy czas karmione paszą, zawierającą prątki gruźlicze; taki sam był wynik po podskórnych i śródżylnych wstrzykiwaniach plwociny gruźliczej, po wziewaniach albo wcieraniach hodowli prątków, lub wreszcie po śródotrzewnowych wstrzykiwaniach laseczników gruźliczych, które już raz przeszły przez kozi ustrój. Kozy, którym podawano ostatniego rodzaju prątki nawet w znacznych ilościach, wcale nie chorują; atoli skutkiem wstrzykiwania śródotrzewnowego wytwarza się wprawdzie jakieś guzkowe cierpienie otrzewnej, które jednak zgoła niema skłonności do rozszerzania się w ustroju.

Dr. Pisek (Podgórze).

Olshausen. **Przerzuty szczepienne raka.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 42, 1902). U pacyentki, u której przed 20-tu laty wyjęto oba jajniki z powodu torbielaków wielokomorowych, pojawił się od 1½ roku rosnący guz w powłokach po prawej stronie blizny pooperacyjnej. Guz ten po wyjęciu okazywał utkanie rakowe, powstał on, zdaniem autora, skutkiem przeszczepienia podczas operacyi ogniska rakowego, które często w torbielakach tego utkania się znajdują. Prócz raka łatwemu przeszczepieniu ulegają także rzekome śluzaki, jeżeli część treści galaretowatej zostanie w jamie brzusznej. Baumgarten opisuje nawet przeszczepienie do rany powłok zwykłego torbielaka dobrotliwego. *P.*

Prof. Obrastcow (Kijów). **O obmacywaniu odźwiernika.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 43, 1902). W stanie prawidłowym, — jak wiadomo, — tak odźwiernik, jak i cała część odźwiernikowa żołądka są pokryte lewym płatem wątroby, skutkiem czego części te są niedostępne badaniu. W pewnych jednak przypadkach, jeśli n. p. chorobowo zajęta wątroba zmieni w ten sposób swe położenie, że lewy jej płat uniesie się ku górze, albo żołądek do pewnego stopnia uniesie się ku dołowi, wówczas część odźwiernikowa żołądka staje się wymacalną. Badająca ręka czuje w takich razach w odległości 8—10 ctm. powyżej pępka pod powłokami brzusznemi postronek grubości palca, wyraźnie zmieniający swą zbitość, a usuwający się pod prawy płat wątroby, pozostawiając na swojem miejscu wyczuwalne, tętnicę główną i stos kręgowy. W podobnych przypadkach, przytoczonych przez autora, dała się część odźwiernikowa żołądka wybadać w kształcie wałeczka, leżącego albo poziomo, albo skośnie, od góry i prawo ku dołowi i lewo, 2—7 ctm. powyżej pępka, najczęściej w pobliżu mięśnia prostego brzucha. Charakterystyczną cechą tego wałeczka była rytmiczna zmiana zbitości: od chrząstkowatej twardości aż do nieledwie znikającej pod palcami miękkości — objaw, który niczem innem nie jest, jak tylko ruchem robaczkowym części odźwiernikowej, przewyższającym co do nasilenia swego ruch innych części przewodu pokarmowego, dostępnych badaniu. Nie rzadko zamiast wałeczka można spotkać mniej lub więcej okrągły guzek wielkości orzecha laskowego w blizkości (1—2 ctm.) pępka, występujący pe większej części w przypadkach znacznego opadnięcia żołądka. Drugą ważną cechą, na którą badająca ręka natrafia, jest nader lekkie kruczenie, nietylko wyczuwalne, ale nawet na pewną odległość słyszalne, jako dziwny pisk, podobny do mysiego — objaw, będący prawdopodobnie następstwem wracania guzów z kurczącej się części odźwiernikowej do żołądka.

W rozpoznaniu należałoby się mieć na baczności, by takiego stwardnienia w okolicy odźwiernika nie brać za nowotwór; — w tym względzie znamienne a powyżej opisane prawie rytmiczne znikanie, kruczenie i wreszcie cichy pisk naprowadzą na właściwą drogę. W odróżnieniu zaś od jelita poprzecznego służy oznaczenie dolnej granicy żołądka: jeśli guzek znajduje się 4—8 ctm. powyżej tej granicy, można go śmiało uważać za część odźwiernikową. Także i odgłos wypukowy wielce rzecz wyjaśnia: jeśli jelito poprzeczne leży obok wątroby lub pod nią, wówczas odgłos wypukowy jest nad wątrobą przytłumiono-bębenkowy, w przypadkach zaś, w których pod wątrobą znajduje się część odźwiernikowa żołądka (*antrum pyloricum*), odgłos jest zupełnie stłumiony. Autor nie przypisuje żadnego klinicznego znaczenia temu okresowo pojawiającemu się stwardnieniu odźwiernika; pomimo że Bouveret (*Lyon médical* Nr. 25, 1901) widzi w nim siedzibę bólów żołądka, co najwyżej może uchodzić za t. zw. rzekomy guz żołądka, opisywany przez Einhorna.

Dr. Pisek (Podgórze).

Theilhaber. **Przyczyny, objawy i leczenie niedomogi nieciężarnej macicy.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1902, Nr. 41). Znaną jest niedomoga mięśnia macicznego w 2 i 3 okresie porodowym i po porodzie, a objawami jej są przeciąganie się porodu, nieodklejanie łożyska i poporodowe krwotoki. Przyczynę różnych krwawień, lub zanadto obfitych i długich miesiączek u kobiety nieciężarnej upatruje autor również w niedomodze mięśnia. Jak w innych narządach, tak i tu odgrywa ważną rolę częstość i jakość skurczów. Im one częstsze i wybitniejsze, tem większy przepływ krwi; w razie niestosunku między skurczami a przepełnieniem narządu krwią wystąpi zastój żylny. W dzieciństwie i starości istnieje mniejwięcej równowaga między naczyniami krwionośnemi, a mięśniem; w okresie dojrzewania i dojrzałości spotykamy się często z zaburzeniami, mianowicie w razie braku skurczów — z zastojem żylnym i limfatycznym, w razie zaś nadmiernego odżywienia krwią — z nadmierną wydzieliną (białe upławy). Zwolna powstaje przerost macicy. Silne skurcze podczas miesiączkowania stale zmniejszają ilość krwi miesiączkowej, słabe — powiększają, zwłaszcza, że i przerost błony śluzowej przyczynia się do tego. Macice różnią się od siebie nietylko stosunkiem ilości tkanki łącznej do mięsnej, ale i sposobem ułożenia i rozmieszczenia ich względem siebie. Oprócz tego włókniakowate obfitują w mięśnie, rakowate zaś są w nie ubogie. Macice osób młodych, ale często rodzących, są także uboższe w mięśnie, taksamo osób gruźliczych, albo cierpiących na włókniaki, ale wyniszczonych krwotokami. W ostatnich latach często wycinano macicę bez żadnych wskazań klinicznych, jedynie z powodu znacznych krwotoków. W przypadkach tych znajdowano przerost tkanki łącznej, a zanik mięsnej, nadto zwężenia naczyń wskutek zgrubienia ich ściany. Autorowie, jak Reinicke, Cholmogoroff, Pichevin i Petit upatrywali przyczynę krwawień w zmianie naczyń, a przerost tkanki łącznej i zanik mięśnia uważali za zmianę uboczną. Tymczasem Th. odnosi przyczynę krwotoków właśnie do niedostatecznych skurczów zmienionego mięśnia, a przez to niemożności wykonania przepisanej mu pracy — *insufficientia uteri*. Autor dzieli ją na 1) *hypoplasia muscularis uteri*, trafiającą się u dziewcząt tuż po pokwitaniu, gdzie naczynia krwionośne potężnie się rozwijają, a mięsień bardzo miernie. U tych często miesiączkowanie jest zrazu dłuższe i obfitsze, połączone z upławami. Zaburzenia te figurują błędnie pod nazwą *endometritis chronica*, choć nie rzadko spotykamy się z niemi u dziewic. 2) *Myodegeneratio uteri*: u cho-

rych wyniszczonych blednicą, gruźlicą, chorobami zakaźnemi występują obfite krwawienia z upławami lub bez nich, a to skutkiem zwyrodnienia macicznego; jeśli niema krwawień, to jedynie dzięki ogólnemu obniżeniu parcia krwi. 3) *Myofibrosis uteri:* jestto częsty objaw blizkiego wygasania czynności płciowych. Zgrubienie ścian naczyniowych powoduje w starszych latach zwolnienie prądu krwi, a następowo przerost tkanki łącznej. Przez rozmaite wpływy, n. p. wykroczenia *in baccho et venere*, światło naczyń zmniejsza się wolniej, pojawia się zastój żylny, a za nim t. zw. *endometritis fungosa* z swemi następstwami. 4) *Uterus adnexorum*: wśród ciężkich, ostrych i podostrych schorzeń trąbek i otrzewnej miednicy, przy zaśniadzie w trąbkach, zapaleniu okołomacicznem i przydatków, wzrasta ilość krwi w macicy, przez co przychodzi do bardzo obfitych krwawień. 5) *Uterus myomatosus:* podśluzowe mięśniaki działają podobnie drażniąco, jak resztki łożyska lub jaja płodowego; miąższowe również wywołują niedomogę mięśnia, a w następstwie krwotoki. 6) *Subinvolutio uteri:* chodzi tu o niedostateczne skurcze wskutek nieodpowiedniego toru w cofaniu się naczyń macicy do pierwotnego stanu przed ciążą, a następowo o wytwarzanie się żylnego zastoju.

Do następstw niedomogi macicznej zaliczamy: zanadto obfite i długie miesiączki, maciczne krwotoki, przerost tkanek miąższu, nadmierne wydzielanie. Leczenie ich można osiągnąć 1) środkami, działającymi swoiście na niedomogę: — w bladaczce żelazo, w schorzeniach przydatków środki sprowadzające wessanie, przy włókniakach — wyłuszczenie. 2) Mechanicznem drażnieniem, mięsieniem, przestrzykiwaniem i tamponowaniem zapomocą gazy jodoformowej; chemicznem drażnieniem — chlorkiem cynku, nalewką jodową; bodźcami elektrycznymi i cieplnymi („atmocausis", gorące przestrzykiwania od 30—40° R.). 3) Nasiadowemi kąpielami od 15—20 R., które dobrze usuwają przekrwienie miejscowe; podawaniem *hydrastis canadensis*, odciągnięciem małej ilości krwi z macicy zapomocą nacięć, albo stosowaniem zatykadeł z gliceryny. 4) Wodoleczniczem i dyetetycznem postępowaniem, sprowadzającem ogólne obniżenie parcia krwi. Wreszcie 5) przyżeganiem rozczynem chlorku cynkowego, formaliny i wyskrobaniem wnętrza macicy. *Grzybowski.*

Hartz. **O gruźlicy narządu rodnego u kobiet.** (*Monatsschrift f. Geb. und Gyn.*, T. 16, Z. 3, 1902). Gruźlica narządu rodnego żeńskiego występuje w każdym wieku; są nawet znane przypadki, w których znaleziono prątki gruźlicze u płodów. Rozróżniamy gruźlicę narządu płciowego żeńskiego ostrą i przewlekłą, — pierwotną i następową, — wstępującą i zstępującą. Aby gruźlica mogła się rozwinąć, konieczne jest pewne usposobienie i obecność prątków gruźliczych. Przyczynami usposabiającemi są: złe odżywienie, blednica, zmiany rozwojowe i zapalne samego narządu rodnego, połogi, miażdżyca tętnic macicy i urazy. Prątki zaś dostają się do narządu rodnego już to z zewnątrz, już to z wewnątrz. Z zewnątrz za pośrednictwem kału, śliny, ropy; dalej wprost z powietrza, miejsc ustępowych, bielizny i t. p.; pośrednikami mogą być również lekarze i położne; wreszcie przez spółkowanie z mężczyzną dotkniętym gruźlicą prącia. Z pochwy prątki szerzą się ku górze; 1) drogą szpar chłonnych tkanki okołopochwowej i okołomacicznej; 2) błonami śluzowemi; 3) mechanicznie zapomocą palca, narzędzi, lub nawet przez nasienie męzkie. Z wewnątrz: z narządów sąsiednich, zajętych gruźlicą »*per continuitatem*«, lub z narządów odległych drogą krwi lub limfy. Objawy gruźlicy narządu rodnego, zwłaszcza części głębszych, nie są cechujące Na sromie i w przedsionku występuje ona w postaci wrzodów lub tocznia; w pochwie tylko w postaci wrzodów. Rozpoznanie, choć zwykle nietrudne, powinno być potwierdzone badaniem mikroskopowem. Gruźlica części pochwowej i szyjki jest rzadka. Najczęściej występuje ona tu w postaci prosówkowej lub wrzodów; te są łatwe do rozpoznania. Prócz tego w postaci nacieku rozlanego lub guzów brodawkowatych. Ta ostatnia postać jest czasem bardzo trudna do rozpoznania — i z powodu podobieństwa do guzów rakowych może się stać powodem omyłek. Tu znowu rozstrzyga mikroskop. Gruźlica trzonu macicy jest częstszą w wieku dziecięcym i w okresie przejściowym. Jedni tłómaczą to tem, że błona śluzowa macicy u kobiet w okresie rozkwitu jest więcej odporną wskutek ciągłej regeneracyi po peryodzie; — inni, że bakterye gruźlicze w tym okresie łatwo zostają niejako splókane z wydzieliną gruczołów i krwią miesiączkową. Większa część ginekologów przyjmuje trzy okresy gruźlicy trzonu macicy: 1) prosówkowy, 2) tworzenia się wrzodów i 3) otok ropny macicy. Z błony śluzowej może sprawa gruźlicza przejść na warstwę mięsną, wywołując jej zanik. Najczęściej w narządzie rodnym występuje gruźlica w trąbkach i to zwykle obustronnie. Zajmuje ona zwykle najprzód część brzuszną trąbki. Cała trąbka staje się grubszą, ściana jej twardszą, a wskutek wypukleń ściany przyjmuje kształt różańcowaty. Rozpoznanie za życia chorej jest bardzo trudne, a nawet niemożliwe; niema bowiem nic charakterystycznego, coby ją odróżniało od rzeżączki, lub innych spraw zapalnych w trąbkach. Najrzadziej zdaje się występować gruźlica w jajnikach; jest ona zwykle następowa, — pierwotna gruźlica jajników nie jest znana. Objawia się i tu również w postaci prosówkowej lub jamek wypełnionych masą serowatą. Przy rozpoznaniu gruźlicy głębszych części narządu rodnego (trąbka, jajniki) należy wziąść za podstawę wywiady i wynik badania całego ustroju. Hegar zauważył, że w gruźlicy otrzewnej miednicy można nierzadko przy badaniu przez pochwę, lub przez odbytnicę wymacać guzki w jamie Douglasa, na więzadłach krzyżowo-macicznych, na więzadle szerokiem, a nawet na trąbkach i otrzewnej pokrywającej macicę; mają one wtedy znaczenie rozpoznawcze, jeżeli są małe, twarde i liczne. Rokowanie jest zawsze poważne, szczególnie przy zmianach w trąbkach. Samowyleczenie nie jest wykluczone. Leczenie wrzodów gruźliczych przedsionka lub pochwy polega na ich wycięciu lub wyskrobaniu z następowem wypaleniem. Przy leczeniu gruźlicy trzonu macicy należy zwrócić uwagę na przydatki; jeżeli i one są zajęte, najlepiej będzie wyjąć całą macicę wraz z przydatkami. Przy zmianach w samej tylko macicy radzą jedni ją wyskrobać i leczyć następnie jodoformem, poczem mają być bardzo dobre wyniki; inni zaś zalecają nawet i w tych przypadkach wyjąć całą macicę, szczególnie jeżeli dłuższe leczenie zachowawcze pozostaje bez skutku. Przy równoczesnych ciężkich zmianach w płucach należy odstąpić od wszelkich zabiegów. Operować najkorzystniej drogą laparotomii, wtedy bowiem można chore części dokładnie uwolnić od zrostów i ostrożnie a całkowicie je wyłuszczyć; równocześnie można usunąć i zmienione gruczoły. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Braunstein. **O ropniach podoponowych pochodzenia usznego.** (*Archiv f. Ohrenheilkunde* Tom 55, 1902). Ropnie podoponowe zdarzają się o wiele częściej u mężczyzn, niż u kobiet. U mężczyzn spostrzegano ropnie podoponowe w 9,5% wszystkich przypadków, w których robiono operacyę na wyrostku sutkowym; u kobiet w 5,4%. Ropnie podoponowe jednakowo często zdarzają się po obydwóch stronach. Körner twierdzi, że podobnie jak i inne powikłania mózgowe pochodzenia usznego częściej występują po stronie prawej; $^3/_4$ wszystkich ropni podoponowych przypada na tylną jamę czaszkową, a zaledwie $^1/_4$ na środkową. Różnicę tę co do częstości ropni podoponowych w tylnej i środkowej jamie czaszkowej, zauważył już Grunert; da się ona wytłómaczyć tem, że ropnie podoponowe w jamie środkowej mają swą przyczynę zwykle w ropieniu w atyce, która przedstawia o wiele lepsze warunki do odpływu ropy, niż jama wyrostkowa, której sprawy zapalne są zwykle przyczyną ropni podoponowych w jamie czaszkowej tylnej. W przypadkach przewlekłych można było zwykle stwierdzić przedmiotowo znaczne zmiany w uchu; w ostrych przypadkach zmiany były nieraz bardzo małe tak, że bynajmniej nie kazały się domyślać powikłań mózgowych.

Badanie bakteryologiczne wykazało we wszystkich przypadkach obecność jednych i tychsamych drobnoustrojów w ropie, pochodzącej z ucha i z ropnia podoponowego; w ostrych przypadkach najczęściej znaleziono *diplococcus pneumoniae*, w przewlekłych łańcuszkowca i gronkowca. Tylko w tych przypadkach, w których połączenie między uchem a ropniem zamknęło się, mogą być w ropniu inne drobnoustroje, niż w uchu.

Co do rozpoznania, to jest ono bardzo trudne, gdyż ani jeden ze spostrzeganych objawów nie jest charakterystycznym dla ropni podoponowych. Statystyka, przytoczona przez autora, mająca świadczyć, że ropnie tylnej jamy czaszkowej dają częściej charakterystyczne objawy w postaci zmian w okolicy ucha, niż ropnie środkowej jamy czaszkowej; obrzęk lub ropnie poza wyrostkiem sutkowym w okolicy *emissarium mastoideum* uprawniają do przypuszczenia ropnia podoponowego w tylnej jamie czaszkowej. Niezwykła ilość wydzieliny, która jest zbyt duża, by mogła pochodzić tylko z ucha, może nieraz ułatwić rozpoznanie. Ściśle do jednego miejsca ograniczony ból głowy może nieraz dopomódz do zrobienia rozpoznania, szczególnie jeżeli istnieje niestosunek między wielkością bólu, a zmianami przedmiotowemi w uchu.

Pewne rozpoznanie można dopiero zrobić w czasie operacyi. W wielu przypadkach przed operacyą nie podejrzywano nawet powikłań mózgowych wogóle. W większości przypadków ropień podoponowy opróżnia się sam na zewnątrz, czy to przez ucho, czy też zapomocą przetoki na powierzchnię czaszki. W jednym przypadku ropień podoponowy środkowej jamy czaszkowej opróżnił się na zewnątrz zapomocą przetoki ponad przewodem usznym zewnętrznym; w innym zaś ropień, usadowiony w okolicy *foramen lacerum anterius*, opuścił się do gardła i dał powód do powstania ropnia pozagardłowego. Operowano 87 przypadków ropni podoponowych, z tych 42 było przypadków przewlekłych i 45 ostrych; z przewlekłych wyleczono 76%, z ostrych 89%. *Dr. Teofil Zalewski*

L. Dunning. **Użycie i nadużycie morfiny po laparotomiach.** (*Journal of Amer. Med. Ass.*, 12 kwietnia 1902 r.). Wobec sprzecznych poglądów między chirurgami na korzyść ze stosowania morfiny i innych przetworów makowca po laparotomii, prof. Dunning z Indianapolis postanowił odpowiedzieć na następujące pytania: jakie są wskazania do stosowania morfiny po rozcięciach brzucha? o ile jest skutecznym ten lek — i odwrotnie: jakie następstwa szkodliwe mogą być po podaniu jego w nieodpowiednich razach? Wnioski autora są następujące: Szablonowe stosowanie morfiny i innych przetworów makowca należy potępić. Dla uspokojenia silnych bólów i znacznego niepokoju morfina jest daleko skuteczniejsza, niż kodeina, chociaż po pierwszym z tych leków mogą wystąpić nieprzyjemne objawy, jak nudności, wymioty, zmniejszenie wydzielania różnych narządów, wreszcie zaparcie stolca. Poważnym następstwom po zastosowaniu morfiny można zapobiedz w znacznym stopniu przez podanie do picia przed operacyą wielkiej ilości wody, wlaniem do odbytnicy natychmiast po operacyi ½ litra normalnego roztworu solnego, wreszcie przez wczesne wywołanie stolca zapomocą lewatyw. Przy uporczywych wymiotach, zależnych nie od zakażenia gnilnego, lub zapalenia otrzewnej, małe dawki morfiny, zastrzyknięte pod skórę, bardzo często przynoszą ulgę. W następowym wstrząsie (*shock*) wskutek strachu lub silnego niepokoju, morfina w małych dawkach bywa nadzwyczaj skuteczną.

Dr. St. Rudzki (Lublin).

Kikuchi. **Waga kosteczek słuchowych u ludzi rozmaitych ras.** (*Zeitschrift f. Ohrenheilkunde* Tom 41, 1902). Najwięcej ważą wszystkie trzy kosteczki słuchowe razem u Chińczyków (60,96 mm.), najmniej u negrów afrykańskich (51,10 mm.). Różnicy w wadze między kosteczkami z prawej i lewej strony niema. Co do płci, to u mężczyzn młoteczek i kowadełko są cięższe, niż u kobiet; natomiast strzemiączko jest u kobiet cięższe, niż u mężczyzn. U mężczyzn kosteczki przeciętnie ważą: 23,6 mm., 26,9 mm.; u kobiet: 22,9 mm., 26,2 mm. i 3,1 mm. *Dr. Teofil Zalewski.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe dnia 3 października 1902.

Przewodniczący kol. Sołowij — obecnych członków 33.

1. Kol. Przewodniczący zawiadamia, że w swoim czasie wysłał telegramy dziękczynne do pp. Tchórznickiego i Balcera z okazyi skutecznej obrony Morskiego Oka.

2. Kol. Jan Świątkowski przedstawia dwie chore, u których rozpoznaje rumień lombardzki (*pellagra*). Jedna pochodzi z powiatu śniatyńskiego, druga ze stanisławowskiego, a więc obie z powiatów, gdzie ludność żywi się przeważnie kukurudzą, co też wywiady w zupełności stwierdzają. Chore żywiły się w domu prawie wyłącznie mąką kukurudzianą i to często zepsutą. U obu chorych stwierdza się znacznego stopnia charłactwo i rozmaite objawy ogólne, świadczące o jakiemś ogólnem schorzeniu ustroju, dla którego badanie narządów wewnętrznych przyczyny nie wykazuje. Objawy ze strony układu nerwowego, — a mianowicie: znieczulenia — przeczulica, u jednej chorej zniesienie, u drugiej wzmożenie się odruchów aż do *clonus* stopowego, u jednej lekka zaduma, u drugiej głębokie osłupienie z negatywizmem i niemotą psychiczną, — świadczą również o ciężkiem uszkodzeniu układu nerwowego, a grupują się w ten sposób, że wytłómaczyć je można tylko jakiemś zatruciem ustroju. Oprócz powyższych objawów obie chore okazują zmiany na skórze rąk, nóg, twarzy i szyi, to jest w miejscach, wystawionych na działanie promieni słonecznych. Od kilku lat co roku na wiosnę w miejscach tych skóra zaczerwienia się, piecze i łuszczy się tak, że chore muszą miejsca te owijać mokrymi płatami, aby mogły w polu pracować. W sierpniu objawy skórne zaczynają ustępować i dlatego obecnie pozostały po tych zmianach tylko ślady. Są to pierwsze dwa przypadki tej choroby, towarzyszącej nędzy, stwierdzone w naszym kraju i oby były ostatnie.

Dyskusya: kol. Łukasiewicz uważa zmiany na skórze, znajdujące się u tych chorych, za zwykły przewlekły wyprysk, jaki zwykle występuje u osób pracujących w słońcu. W tych przypadkach rumienia lombardzkiego, które Ł. widział, był zawsze rumień, tu zaś nie znajduje go.

Kol. Świątkowski stwierdza, że przy rumieniu lombardzkim może nawet nie być zmian skórnych, a jeżeli są, to przedstawiają całą skalę, począwszy od zwykłego wyprysku, a skończywszy na ciężkich postaciach zmian skórnych. Wszystkie te zmiany, powstające przy rumieniu lombardzkim, są także następstwem działania promieni słonecznych.

3. Kol. Bądzyński: »O kwasie alloksyproteinowym, nowym składniku normalnego moczu«. Prelegent wspólnie z Drem Pankiem wyosobnili z moczu prawidłowego związek, charakteryzujący się jako kwas, we własnościach swych zbliżony do kwasu oksyproteinowego. Autorowie nadają mu nazwę: kwasu alloksyproteinowego. Analizy elementarne, dokonane z solą borową i srebrową tegoż kwasu, dały wynik zgodny. Z otrzymanych dat oblicza się na kwas wolny skład:

C:38% H:6·3% N:13·1% S:6% O:36%

Charakterystyczną cechą, wyróżniającą oba wspomniane kwasy od siebie, jest zachowanie się względem odczynu diazowego Ehrlicha. Kwas oksyproteinowy jakoteż sole jego dają mianowicie ze znanym odczynnikiem Ehrlicha charakterystyczne zabarwienie szkarłatne (reakcyę diazową), natomiast kwas alloksyproteinowy reakcyi tej nie okazuje (demonstracya). Ilość wydzielanego kwasu alloksyproteinowego w ciągu doby obliczają autorzy na 1—1,5 grm. Obecność kwasu alloksyproteinowego, oraz oksyproteinowego w moczu wyjaśnia w głównej części pochodzenie tak zw. »siarki neutralnej« moczu. (Rzecz przeznaczona do druku w »Przegl. lek.«). (Autoreferat).

4. Kol. Świtalski: »Przypadek naczyniaka w rdzeniu przedłużonym i w moście Warola«, z przedstawieniem rysunków i preparatów. (Rzecz przeznaczona do druku w »Przegl. lek.«). Dyskusyi nie było.

Dr. Ruff, sekretarz.

Posiedzenie naukowe dnia 24 października 1902.

Przewodniczący kol. Jasiński — obecnych członków 30.

1. Kol. Ziembicki przedstawia *a)* chorą z wadą wrodzoną w postaci *gigantismus partialis* kończyny dolnej prawej. Cała stopa zamieniona w pakiet guzów, wielkości dwóch głów ludzkich. W guzach tych badanie promieniami Roentgena nie wykazało kości. U chorej tej Z. ma zamiar wykonać operacyę Lisfranca; *b)* chorą po operacyi Talmy — z wynikiem pomyślnym.

Dyskusya: kol. Gluziński A. nie uważa tego przypadku za marskość wątroby, ale sądzi, że puchlina brzuszna była następstwem sprawy zapalnej np. *perihepatitis*, na co go naprowadza i opis wątroby i istniejące ślady przebytego zapalenia opłucnej.

Kol. Ziembicki nie upiera się wcale przy rozpoznaniu, ale sądzi, że w takich przypadkach zarówno jak w marskości, operacya Talmy może dać bardzo pomyślne wyniki.

2. Kol. Sieradzki: »O precypitynach«. (Rzecz przeznaczona do druku).

Dyskusya: kol. Niemiłowicz stwierdza, że w działaniu precypityn niema akcyi czysto chemicznej, ale jest zarówno działanie rozkładające i syntetyczne. Jest zdania, że powinno się jeszcze zapomocą kryoskopii lub przewodnictwa elektrycznego zbadać ilość jonów. Odczynowi Uhlenhutha przypisuje w przyszłości wielkie znaczenie. — Kol. Moraczewski twierdzi, że trawienie znosi własność precypitowania. — Kol. Sieradzki odpowiada, że praca jego nie jest jeszcze zupełnie ukończona i dalsze badania są w toku.

Lwów dnia 7 listopada 1902. *Dr. Ruff*, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 19 listopada 1902.

Przewodniczący kol. prof. Kostanecki.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Przewodniczący zawiadamia, że otrzymał zaproszenie do wzięcia udziału w otwarciu Sanatoryum w Zakopanem i żąda upoważnienia do repzezentowania Tow. lek. przy uroczystości otwarcia. Udzielono.

III. Kol. Przewodniczący przedstawia imieniem Komitetu Tow. listę członków komitetu przedwyborczego. Na Przewodniczącego Komitetu przedstawia kol. prof. Jakubowskiego; na członków koll. Ackermanna, Bielańskiego, Biera, Borzęckiego, Bochenka, Cerchę, Ciechanowskiego, Dobrowolskiego, Drobę, Glińskiego, Grażyńskiego, Kirschnera, Krzyształowicza, Kwiatkowskiego, Lachsa, Landaua Jana, Lewkowicza,

Murdzieńskiego, Pieniążka, Piotrowskiego, Spirę, Surzyckiego, Zolla, Żydłowicza.

Listę powyższą w całości przyjęto.

IV. Kol. Wrzoska przyjęto w poczet członków czynnych Tow. lekarskiego.

V. Kol. prof. Klecki, dotychczasowy członek korespondent, został wpisany w poczet członków czynnych.

VI. Kol. Surzycki omawia sprawę jednorazowej nauki, która obecnie jest aktualną ze względu na orzeczenie krajowej Rady Zdrowia.

Kol. Przewodniczący imieniem Komitetu proponuje wybór Komisyi, któraby się miała zająć sprawą jednorazowej nauki. W skład tejże wybrano koll. prof. Bujwida, prof. Cybulskiego, radcę dworu Jordana, Kwaśnickiego, Landaua Jana i Surzyckiego.

VII. Kol. Przewod. wita przybyłego na dzisiejsze posiedzenie kol. Dobrzyckiego z Warszawy, poczem tenże przedstawia obraz budującego się pod Warszawą uzdrowiska dla chorych piersiowych.

VIII. Kol. Ozga przedstawił preparat z przypadku ciąży zamacicznej.

IX. Kol. doc. Bochenek miał wykład: «O drogach nerwowych odruchów wywołanych wrażeniami wzrokowemi«. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi brali udział docent Siedlecki; kolega Spira zwraca uwagę, że u tabetyków cierpiących na bezwład, a lepiej chodzących i poruszających kończynami i oczami otwartemi niż zamkniętemi, drogi odruchowe, ciągnące się od ośrodków wzrokowych podstawowych do rdzenia pacierzowego odgrywają ważną rolę.

Kol. Majewski zwraca uwagę, że przedstawiona przez kol. prelegenta sprawa odruchów świadomych, sięgających do kory mózgowej i nieświadomych, przechodzących tylko przez zwoje podstawowe, — jest w okulistyce praktycznej na porządku dziennym. Ilekroć mamy do czynienia ze ślepotą bez dostrzegalnych zmian na dnie oka, badamy zawsze oddziaływanie źrenicy. Jeśli źrenica nie oddziaływa, wtedy przypuszczamy, że przyczyną ślepoty jest uszkodzenie dróg optycznych między okiem a zwojami podstawowymi, jeśli zaś odczyn źrenicy utrzymany, wtedy ślepotę odnosimy do zmian umiejscowionych we włóknach Gratioleta, lub w korze płatów potylicznych.

Co do *semidecussatio* włókien nerwu wzrokowego, utarte jest przekonanie, że to częściowe ich skrzyżowanie stoi w związku z częściowem nakrywaniem się pól widzenia obu siatkówek. U wielu jednak niższych zwierząt oczy są umieszczone po bokach głowy, a tem samem każde oko posiada zupełnie oddzielne pole widzenia. M. zapytuje, czy nowsze badania porównawczo-anatomiczne potwierdzają domniemanie licznych autorów, »że u takich zwierząt skrzyżowanie włókien w *chiasma n. opt.* nie jest częściowe, lecz zupełne?«

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

Towarzystwo ginekologiczne lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 6 listopada 1902.

Przewodniczący: Kol. J. Rosner — obecnych członków 14.

I. Kol. Zawadil przedstawia: *a)* chorą po wyłuszczeniu włókniaka z przedniej ściany pochwy; *b)* cztery przypadki raka macicy, operowane sposobem Wertheima.

II. Kol. Mars: *a)* przypadek krwiaka sromu, powstałego po urazie. W przypadku tym krwiak nie wytworzył się bezpośrednio po urazie, lecz dopiero w kilkanaście godzin później; powstał zaś tak nagle, że w przeciągu niespełna 2 godzin doszedł do wielkości głowy ludzkiej. Po nacięciu i wypuszczeniu skrzepów zaszyto jamę piętrowo, a rana zagoiła się gładko; *b)* przedstawia przypadek ręcznego wydobycia łożyska. W przypadku tym łożysko było tak silnie połączone ze ścianą macicy, że tylko z trudnością udało się, oddzielając powoli jedno miejsce za drugiem, wydobyć łożysko, w środku którego znajdował się jeden płat obumarły, wielkości przeszło 5-koronówki.

III. Kol. Wein omawia przypadek z własnej praktyki. *Hermaphroditismus masculinus spurius.*

IV. Kol. Czaplicki przedstawia chorą z *incontinentia urinae* w czasie ciąży. Ciekawym u tej chorej objawem jest ta okoliczność, że przypadłości te występują w każdej ciąży, poczem po porodzie wnet ustępują.

V. Kol. Bocheński omawia *a)* przypadek obumarcia płodu w czasie ciąży z powodu błoniastego przyczepienia pępowiny. (Rzecz przeznaczona do druku); *b)* demonstruje wylęgarnię, używaną w klinice położniczej lwowskiej w celu pielęgnowania niedonoszonych noworodków. Urządzenie wylęgarni jest w ten sposób zrobione, że żądana ciepłota i wilgotność stale się utrzymują. Od 2 tygodni pielęgnowany w niej $6^1/_2$-miesięczny noworodek rozwija się bardzo dobrze; *c)* przedstawia przypadek, w którym, w celu ukończenia porodu, użyto do rozwarcia ujścia rozszerzadła Frommera. Użycie 8 ramion do rozszerzania ujścia w tym przyrządzie, a nadto ta okoliczność, że nie trzeba w czasie operacyi wyjmować przyrządu w celu nałożenia nasadek na końce ramion, jak to ma miejsce przy użyciu rozszerzadła Bossiego, stanowi, zdaniem prelegenta, wyższość nad rozszerzadłem Bossiego; jeden tylko zarzut czyni prelegent temu przyrządowi, a mianowicie, że ramiona, służące do rozszerzania, są bardzo cienkie tak, że podczas rozszerzania, gdy są silnie napięte, wrzynają się w miąższ szyi tak, że ich nawet z miąższu nie widać. W przypadkach więc takich, gdzie trudności będą znaczne z powodu niepodatności ujścia lub szyi, lub zbliznowacenia, mogą one łatwo przez to wrzynanie się spowodować silne obrażenia szyi i stać się przyczyną znacznego krwawienia. *Dr. Bocheński,* sekretarz.

Sekcya Sanocka Tow. lekarskiego galicyjskiego.

Posiedzenie naukowe kwartalne odbyte w Zarszynie 15 listopada 1902.

Przewodniczący: kol. Zaleski — obecnych członków 14.

Kol. Stauber ze Lwowa miał odczyt «O skrofulozie i jej leczeniu«, opierając swoje zapatrywania na istotę tej choroby i jej leczenie na długoletniem własnem doświadczeniu w Iwoniczu. Kol. Pajączkowski z Sanoka podał dodatnie wyniki, otrzymane w leczeniu niektórych chorób skórnych i zapalenia przyjądrza tigenolem Rochea, wypróbowawszy ten lek na licznym materyale szpitalnym.

Dr. Pajączkowski, sekretarz sekcyi.

VII. XII. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie w dniach 14, 15 i 16 lipca 1902.

Podał

Dr. Bolesław Żmigród.

(Ciąg dalszy).

16. Chlumsky: **Przedstawienie chorej po operacyi krwawnic (hemoroidów) sposobem Riedla.** Prelegent, demonstruje chorą, wyleczoną sposoben Riedla, który polega na tem, że okłówa guzy krwawnicowe katgutem w przerwach półcentymetrowych promienisto do rzyci. Jest to sposób bardzo prosty, a ma tę zaletę, że przebieg pooperacyjny jest idealny.

Dyskusya: Szuman radzi trzymać się starej metody Langenbecka, która jest bardzo dobrą. Sposobu Esmarcha próbował dwa razy, lecz chorzy skarżą się na bóle wskutek wciągnienia nerwów w bliznę; metoda Riedla nadawałaby się chyba dla osób bardzo wyniszczonych.

Trzebicky dobiega ośmsetnej operacyi krwawnic, a stracił tylko jednego chorego, bardzo wyniszczonego; operuje zawsze sposobem Langenbecka, który uważa za bardzo dobry.

Wehr popiera zdanie Trzebickyego.

Wachtel radzi wstrzykiwać 5—10 grm. gliceryny do prostnicy na $^1/_2$ godziny przed operacyą, by chorzy lepiej wypierali guzy krwawnicowe na zewnątrz.

Oderfeld podwiązuje wszystko, chwyciwszy przedtem pensami, czasem nawet pozostawia pensy na krótki czas i nigdy nie miał krwotoku.

Chlumsky nie uderza wcale na stare metody; ponieważ Riedel ogłosił 32 przypadków z wynikiem bardzo dobrym, spróbował i przedstawia wynik. Operacya trwa 5 minut i jest prawie bezkrwawa.

17. Sawicki: **Gojenie braków kości goleniowej po częściowej jej zgorzeli.** Jamę powstałą w kości goleniowej po sekwestrotomii wypełnia się płatem mięśniowym z mięśnia bliźniaczego łydki.

Dyskusya: Bossowski wypełniał dotychczas ubytki w kości plastycznie, przymocowawszy płat skórny gwoździkami stalowymi, teraz próbuje tego nowego sposobu.

18. Kader: **Przypadek wrodzonego skrócenia mięśni zginaczy przedramienia.** K. demonstruje 24-letniego mężczyznę z wrodzonem skróceniem zginaczy obu przedramion. Stawy łokciowe zupełnie prawidłowe. Prostowanie (extensio) możebne tylko do 90°.

Z prawej strony zrobił K. przedłużenie plastyczne wszystkich zginaczy. Prostowanie obecnie możebne do 170°. Zmian anatomicznych w mięśniach nie można było zauważyć. Wobec tego, że chory miał ciężką wadę serca z tętnem bardzo powolnem (40—44 uderzeń na minutę), chciał K. operować w miejscowem znieczuleniu, dlatego odpreparował w Schleichu *sulcus bicipitalis internus, plexus axillaris* i wstrzyknął w nerwy kilka kropli 20% kokainy, względnie stosował powierzchownie ten sam roczczyn, jednakże bez skutku; znieczulenie nie nastąpiło. Trzeba było zastosować uśpienie chloroformowe, który chory zniósł dobrze. (*autoreferat*).

19. Staszewski: **Badania zachowania się składników krwi w przebiegu gojenia się ran.** Badania te wykazały, że największym zmianom podczas gojenia się ran ulegają we krwi ciałka białe. Przedewszystkiem już w godzinę po operacyi jest leukocytoza, która do szczytu dochodzi przy końcu pierwszej doby, potem powoli opada, a podczas czwartej doby wraca do stanu prawidłowego. Jeśli leukocytoza utrzymuje się dłużej, to musiała w ustroju nastąpić jakaś zmiana i to, jeśli leukocytoza z przeważającymi neutrofilami, to jest ropienie w ranie, gdy zaś przeważają eozynofile, to zmiany są poza raną, czy to jako zapalenie płuc, oskrzoli, nerek itp.

Dyskusya: Kader zwraca uwagę na znaczenie tych badań; jestto pierwsza praca w tym kierunku. Do jakich ona wyników doprowadzi, nie podobna obecnie osądzić; zdaje się jednak, że krew jest bardzo wrażliwym odczynnikiem na wszelkie zboczenia z drogi prawidłowej w przebiegu ran operacyjnych. Być może, że się uda przez badanie krwi w przypadkach wątpliwych co do zachowania się ran pooperacyjnych uzyskać cenne i miarodajne wskazówki.

20. Rydygier Ant. (jun.): **Kryoskopia moczu po uśpieniu chloroformowem.** Badania przeprowadzał R. na kilkudziesięciu moczach przed i po uśpieniu i zauważył, że czynność nerek nie ulega żadnej zmianie, jeśli te nerki są zdrowe. Inaczej rzecz się ma z nerkami choremi, jak to już uczą spostrzeżenia kliniczne i chorych takich nie powinno się narkotyzować. Do swych badań używał R. florydzyny.

Dyskusya: Pruszyński sądzi, że kryoskopia nie jest sposobem dość dokładnym do oznaczenia sprawności nerek; zamiast florydzyny radzi używać błękitu metylenowego, jako mniej szkodliwego.

Klęsk potwierdza w zupełności zapatrywania Rydygiera. Próba florydzynowa jest, o ile sądzić można, zabiegiem niewinnym, a ważnym w rozpoznaniu usadowienia się cierpienia w nerkach. Sam stosował tę próbę w przypadku gruźlicy nerki prawej i żadnych zaburzeń po tej próbie nie widział.

21. Zawadzki: **Aseptyka wstrzykiwań i przemywań** (z przedstawieniem przyrządów własnego pomysłu). Przyrządy te demonstrowane przez Z. mają zaletę, że się bardzo czysto dają utrzymać.

22. Blassberg: **O stosunku ciałek białych we krwi przy ropieniu** (drukowane w Nr. 34 „Przegl. lek." 1902).

23. Rydygier: **Podręczna umywalnia.** R. demonstruje umywalnię swojego pomysłu na stojakach z pedałem, dającą się łatwo przesuwać. Służyć ma do obmywania rąk w płynach antyseptycznych podczas operacyi.

24. Chlumsky: **O stosowaniu fenolu na rany zakażone.** Mięszanina, którą Chlumsky poleca, składa się z fenolu i kamfory w stosunku 1:2 albo 1:3. Przedstawia się ona jako płyn, który należy przechowywać w ciemnych, szczelnie zamkniętych flaszkach, podobny go zwykłego wodnego rozczynu karbolu, o zapachu kamfory; nie drażni rany i nie jest trujący. Stosować ją można w róży i różnych ropnych zapaleniach. W róży w ten sposób, że naciera się miejsce chore raz lub dwa razy dziennie, owija watą, batystem Billrotha i opaską; zaraz następnego dnia opada gorączka, a w 2—3 dni jest wygojenie. To samo w zapaleniu naczyń chłonnych (*lymphangioitis*). W zanokcicy i ropówkach otwiera się ropień i wymywa tym płynem, lecz nadmiaru tego płynu nie obmywa się ani alkoholem ani wodą, jak to robią Phelps, Bruns i Honsell przy stosowaniu czystego karbolu.

25. Pomorski: **Wycięcie śledziony z powodu białaczki z szczęśliwym wynikiem.** P. wyciął u kobiety 37-letniej śledzonę z powodu białaczki. Po wycięciu nastąpiły znaczne krwotoki jelitowe, które ustały dopiero po podaniu arszeniku i żelaza. Chora ma się obecnie dobrze; badania krwi wykazują teraz 45% hemoglobiny w ciałkach czerwonych i stosunek 1:35 ciałek białych do czerwonych; przed operacyą hemoglobiny było 25%, a stosunek ciałek był 1:25. Pomorski na zapytanie Sawickiego odpowiada, że wątroba, która przed operacyą była powiększoną, po operacyi się zmniejszyła.

26. Trzebicky: **Przyczynek do wycięcia śledziony** (drukowana jako praca Dr. Strycharskiego w „Nowinach lek.")

27. Hordyński: **Przedstawienie wyleczonego przypadku promienicy na szyi.** Przedstawiony chory, obecnie zdrowy, dotknięty był promienicą szyi, karku i nieco klatki piersiowej. Leczenie było częściowo operacyjne (skrobanie), częściowo wewnętrzne (do 15 grm. jodku potasu dziennie).

28. Hordyński: **Przedstawienie chorego z wyleczonym ropieniem pourazowym mózgu.** Żołnierz został uderzony ostrzem szydła w lewą kość ciemieniową. Po sześciu tygodniach znaleziono w tem miejscu przetokę, z której się sączyła ropa; wobec tego i znacznej gorączki zrobiono trepanacyę i znaleziono w odpowiedniej części mózgu ropień wielkości jaja gęsiego. Założono sączek i chory wyszedł ze zgojoną raną. Po kilku miesiącach nastąpiło porażenie prawej połowy ciała, bóle głowy i napady drgawek podobnych do padaczki Jacksona. W uśpieniu wycięto całą bliznę, sięgającą aż do mózgu. Przez 6 miesięcy napadów nie było, obecnie (2 lata po drugiej operacyi) wróciły częściowo napady drgawek i zdarzają się raz na dwa tygodnie.

29. Barącz: **Demonstracya preparatów mikroskopowych z promienicy.**

30. Bossowski: **W sprawie wodniaka mózgu urazowego (cephalhydrocele traumatica)** (z przedstawieniem chorego i preparatów). Choroba ta powstaje przy złamaniach kości czaszki u dzieci, którym to złamaniom towarzyszy i przedarcie opon mózgowych, przez które pod oczaszną (*galea aponeurotica*) dostaje się płyn mózgowordzeniowy, wypukla ją i wytwarza guz miękki, chełbocący. W tych przypadkach radzi B. szeroko nacinać, odsłaniać szczelinę w kości złamanej i tamponować ranę aż do zagojenia się *per secundam*. B. operował trzy przypadki: dwoje dzieci zmarło po operacyi, jedno, u którego szczelinę pokrył plastycznie, żyje.

31. Kader: **O zwichnięciu stawu biodrowego wrodzonem.** K. demonstruje 16-letnią chorą, u której udało się mu odprowadzić bezkrwawo jednostronne wrodzone zwichnięcie biodra. Jest to jedyny przypadek, w którym w tak późnym wieku udało się odprowadzenie. Obecnie w 9 miesięcy po odprowadzeniu kończyna stoi zupełnie mocno. Główka się nie przesuwa. Trochę nieprzyjemne jest jeszcze niewielkie odwodzenie (abdukcya). Chora chodzi bez gipsu i laski. Hoffa uważa 10—11 rok życia za granicę, po za którą nawet operacya krwawa nie prowadzi do skutku. Nadto pokazuje K. fotografię röntgenograficzną tego przypadku i zwraca uwagę na przeoczoną asymetryę miednicy, wyrażającą się lekkiem skrzywieniem i mniejszymi rozmiarami strony chorej. Bardzo ważną rolę gra w tem pierwszy opatrunek, od którego zależy skuteczność leczenia (*Streszcz. własne*).

Dyskusya: Rydygier stwierdza, że röntgenogram jest bardzo niewyraźny i wogóle powątpiewa w to zreponowanie. Zdaniem jego jest tu tylko antepozycya.

Kader uważa röntgenogram za bardzo dobry, a przedewszystkiem zadowolony jest z wyniku, który jest pomyślny.

Chlumsky ma chorą, w której przed $1\frac{1}{2}$ rokiem ze skutkiem zreponował wrodzone zwichnięcie, chora chodzi i siedzi zupełnie dobrze. Wynik zależy w pierwszym rzędzie od dobrego opatrunku; u Hoffy widział 50% repozycyj, u Mikulicza 75%.

Wehr każe röntgenogramowi skośnie się przypatrzeć, a wtedy się przyzna racyę Kaderowi.

32. Kader: **Plastyka nerwów i ścięgien przy porażeniach mięśni.** K. demonstruje dziewczynkę 11-letnią z porażeniem n. strzałkowego (*n. peroneus*) i mm. wyprostnych wskutek przebytej przed 8 laty *poliomyelitis* (czy *polioencephalitis*) *anterior*. Wyprostne zastąpił częściowo zginaczami. Nerw strzałkowy po nacięciu przyszył do n. goleniowego *tibialis*. Bezpośrednim wynikiem było porażenie wszystkich mięśni. Obecnie w 4 miesiące po operacyi wystąpiły ruchy m. m. wyprostnych i wyraźny odczyn w n. strzałkowym. Jest to pierwszy przypadek w ten sposób operowany. Przy plastykach ścięgien wskutek porażeń chodzi o dwie rzeczy: o możliwe zastąpienie porażonych mięśni i ścięgien zdrowymi i o ustawienie stopy lub wogóle kończyny w normalnej pozycyi. To ostatnie daje wyniki mechaniczne dobre i tam, gdzie niema polepszenia w działaniu mięśni. W ogóle operował K. ostatnimi czasy 8 przypadków porażeń mięśni, wszystkie ze znacznem „polepszeniem;" w 4 była stosowana plastyka nerwów, lecz tylko w powyższym przypadku osiągnięto dobry wynik. Jaką drogą regeneracya nerwu następuje, rozstrzygnąć może tylko doświadczenie szczegółowsze. (*Str. wł.*).

33. Frommer: **Przyczynek do techniki amputacyi.** Po nieudałych próbach pokrycia kikuta osteoplastycznie sposobem Biera, tworzy prelegent płat skórno-mięśniowo-okostnowy, w którym pojedyncze warstwy pozostają w nieprzerwanej łączności. (Technikę tego sposobu demonstruje na preparatach anatomicznych). Powstały w ten

sposób kikut, w którym przepiłowana część trzonu kości zamkniętą jest zupełnie tym płatem, spełnia swe funkcye znakomicie tak, że chory już po kilkunastu dniach może całym ciężarem ciała na nim się wspierać. Na oddziele prof. Trzebickyego operowano w ten sposób 30 chorych z pomyślnym skutkiem. Następuje demonstracya chorego i röntgenogramów.

34. Ziembicki: **Krwotok śmiertelny po tracheotomii.** W przypadku tracheotomii dolnej, robionej z powodu twardzieli, chora piątego dnia po operacyi się skrwawiła. Sekcya wykazała jako przyczynę krwotoku tętnicę bezimienną, która szła tuż pod dolnym brzegiem rany, zrobionej w tchawicy. Zdaniem prelegenta zrobiono tracheotomię za nizko, a w ogóle powinno się z powodu nieprawidłowego przebiegu naczyń na szyi możliwie ograniczyć wskazania do tracheotomii dolnej.

35- Frommer: **Jeszcze kilka słów w sprawie wad pętli esowatej.** W piśmiennictwie jest opisanych 74 przypadków nieprawidłowości jelita grubego, a w szczególności pętli esowatej. F. podaje dokładne historye choroby przypadków, operowanych na oddziele chirurgicznym, w liczbie siedmiu: trzy razy zrobiono sztuczną przetokę pomiędzy dolnym odcinkiem jelita cienkiego a górną częścią odbytnicy; dwa razy ustalono położenie pętli esowatej, a dwa razy odprowadzono skręconą pętlę esowatą w położenie prawidłowe. Demonstruje potem chorych w stanie bardzo dobrym po ileorektostomii.

36. Schramm: **W sprawie leczenia gruźliczego zapalenia otrzewnej u dzieci.** (drukow. w Nr. 41. „Przegl. lek.").

37. Schramm: **Rzadki przypadek schorzenia sieci.** W przypadku tym znalazł S. u dziecka po otwarciu jamy brzusznej zgrubiałą, pozwijaną sieć, która uległa zdaje się torbielkowatemu zwyrodnieniu, taka masa torbieli na niej się znajdowała. S. wyciął sieć i zaszył powłoki, dziecko wyzdrowiało. (C. d. n.).

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 11. grudnia.

* Rozporządzeniem ministerstwa spraw wewnętrznych z d 25 listopada 1902 r. unormowaną została cena surowicy przeciwbłoniczej, wyrabianej w państwowym Zakładzie wiedeńskim. Rozporządzenie zacznie obowiązywać od d. 1 stycznia 1903.

Przy zakupnie przynajmniej 10 flaszeczek bezpośrednio z Zakładu państwowego naznacza się za 1 flaszeczkę cena następująca:

a) za flaszeczkę surowicy zwykłej w ilości od 6 do 10 sześc. ctm.

I gatunek	o 700 jednostkach	1 k.	20 h.
II »	o 1000 »	2 »	— »
III »	o 1500 »	3 »	— »

b) za flaszeczkę surowicy wysokowartościowej od 2 do 5 sześc. ctm.

gatunek *A*	o 1000 jednostką	3 k.
» *B*	o 1500 »	4 »
» *C*	o 2000 »	5 »

Instytut nie wydaje w zasadzie mniej niż 10 flaszeczek naraz. Koszta przesyłki ponosi Instytut.

Instytut może dać większym odbiorcom zniżkę 15% od cen powyżej oznaczonych. Wykaz takich składów głównych ma być przedłożonym.

W handlu detalicznym, w aptekach, cena surowicy wyznacza się w sposób następujący:

a) surowica słabsza

I gatunek	1 k.	80 h
II »	2 »	60 »
III »	4 »	— »

b) surowica mocniejsza

Gatunek *A*	4 k.
» *B*	5 »
» *C*	6 »

Ceny powyższe mają być umieszczone w taksie aptekarskiej na r 1903.

Na każdej flaszeczce surowicy ma być ta cena detaliczna wydrukowaną, jako też i data, po której surowica, jako nieskuteczna, na świeżą wymienioną być winna.

Po tym terminie powinne być niesprzedane dawki w Instytucie wyrobu surowic wymienione na świeże, przyczem już koszta przesyłki ponosi odbiorca, a nie zakład. Namiestnictwa różnych krajów zostały wezwane do opublikowania tego rozporządzenia i do obznajomienia z nim władz politycznych, lekarzy i aptekarzy.

Rozporządzenie dodaje, że w krótkim przeciągu czasu w podobny sposób zostanie unormowaną i opublikowaną cena innych surowic leczniczych.

Odpis rozporządzenia powyższego przesłany został również do namiestnictwa we Lwowie z wezwaniem, aby doręczony został Zakładowi wyrobu surowic leczniczych Prof. Bujwida w Krakowie, który mocą rozporządzenia z d. 6 czerwca 1896 r. obowiązany jest stosować się ściśle do przepisów, obowiązujących państwowy Zakład wyrobu surowic w Wiedniu. Rozporządzenie przytoczone obniża cenę surowicy wiedeńskiej, oraz ustala cenę detalicznej sprzedaży w aptekach, wprowadzając surowicę do cennika aptecznego. Jest to zatem rozporządzenie dla ogółu korzystne. Znane są bowiem powszechnie nadużycia, popełniane przez niektóre apteki, gdzie w nagłych wypadkach cena surowicy wzrastała do 10 kor. i więcej.

Dla galicyjskich stosunków specyalnie rozporządzenie to ma wszakże jedną ujemną stronę, a mianowicie: obniżenie cen surowicy wiedeńskiej i zmuszenie Zakładu wyrobu surowic Prof. Bujwida do ścisłego stosowania się do tej taksy, będzie istotnie podwyższeniem ceny dla odbiorców surowicy z tego zakładu. Dotychczas bowiem Zakład krakowski wyrabiał tylko surowicę mocniejszą, oznaczoną w cenniku jako *b)* gatunek *A*. Surowica ta sprzedawaną była po 1 k. 60 h. za pojedynczą flaszeczkę, a 1 kor. 40 h. dla większych odbiorców. Dziś Zakład zmuszony będzie sprzedawać tę samą surowicę po 3 korony, a detaliczni odborcy będą musieli płacić za nią koron 4.

Wobec tego rozporządzenia Zakład krakowski będzie zmuszonym dawać za dotychczasową cenę, a raczej za 1 k. 20 h, surowicę słabszą, oznaczoną w cenniku *a)* gatunek I. Surowica taka, jak wiadomo, uznaną została przez lekarzy praktyków za nader niewygodną w użyciu, skutkiem bowiem konieczności wstrzykiwania dużych objętości płynu powstają częściej daleko powikłania miejscowe, a nieraz i ogólne, z powodu wprowadzenia do ustroju większej ilości ciała — bądź co bądź — obcego, jakiem jest surowica końska.

To też czy raczej nie byłoby właściwszem dalsze obniżenie cen surowicy Zakładu wiedeńskiego, aniżeli podwyższanie cen surowicy krakowskiej, wynikające tylko z konieczności ujednostajnienia cen w całem państwie? Wszak codzienne doświadczenie życiowe poucza, że jeśli zakład wytwarzający artykuły użyteczności publicznej, nie jest wstanie zrównać ceny swego wyrobu z ceną innego tańszego zakładu, to nie ten drugi, lecz pierwszy przeprowadza zwykle u siebie wewnętrzną reorganizacyę, a w ostateczności nawet zwija swoją działalność. A cóż dopiero powiedzieć, jeśli ten wyrób jest lekiem tak wielkiej doniosłości jak surowica przeciwbłonicza! Żadna władza tego świata nie ma prawa zmuszać producentów do droższego sprzedawania leków: zakres rządu ogranicza się właściwie do nadzorowania, ażeby wyrób był doskonały i jednaki w całem państwie, a cena jego żeby nie była wyższa od postanowionej; ale zmuszanie do sprzedawania po cenie wyższej od praktykowanej od kilku lat, gwoli popierania Zakładu droższego, to jest już uzurpacya, na obronę której wątpimy by ministeryum znalazło dość przekonywujących argumentów etycznych przed forum parlamentu.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. Dr. Ozga demonstrował preparat anatomiczny; kol. prof. Rosner miał odczyt: »O nowych teoryach menstruacyi i implantacyj jajka«. Odczyt ten wywołał ożywioną dyskusyę.

* Posadę fizyka m. Krakowa nadała Rada miejska doktorowi Aleksandrowi Wilkoszowi.

(t.) W sprawie obowiązku lekarza do zeznawania przed sądem w charakterze rzeczoznawcy — świadka wydała Izba lekarska w Insbruku, odnośnie do poszczególnego przypadku, przez swego zastępcę prawnego następującą opinią: § 350 obowiązującego obecnie postępowania karnego postanawia, że przepisy o dowodzie, uzyskanym od świadka, mają zastosowanie i wtedy, gdy dla stwierdzenia byłych faktów i stanów, które mogły być tylko przez biegłego w sztuce stwierdzone, potrzebnem jest przesłuchanie takich właśnie, znających się na rzeczy osób. Pod przepis ten podpadają także zeznania lekarzy w razie zażądania ich przez sąd i w tym przypadku nie wolno odmawiać zeznań pod karą aresztu. Za takie zeznania wolno liczyć tylko należytość za świadczenie, a nie za orzeczenie, jeżeli sąd wzbrania się likwidować koszta za to ostatnie. Gdyby sądy żądały świadectw od lekarzy

na podstawie powyższego przepisu w ten sposób i w tym stopniu, że okazałaby się potrzeba przeciwdziałania ze strony lekarzy, natenczas to przeciwdziałanie mogłoby nastąpić tylko przy uwzględnieniu następujących uwag: *a)* lekarz ma prawo odmówić zeznań o istniejących faktach i stanach, które mogą być stwierdzone przez rzeczoznawców; *b)* lekarz ma obowiązek wydać opinię tylko o istniejących faktach i stanach, a natomiast może odmówić zeznań, o ile one dotyczą wniosków ze stwierdzonego stanu rzeczy, czyli krótko: wolno żądać od lekarza tylko stwierdzenia przedmiotowego stanu; *c)* każdy świadek ma obowiązek składać zeznania o faktach, o ile je ma w pamięci i nie można znaleźć żadnej normy prawnej, któraby zobowiązywała świadka do przypominania sobie pewnych okoliczności przez badanie materyałów lub zapisków, jakoteż przez inne dochodzenia, uskutecznione przed rozprawą.

* Minister sprawiedliwości orzekł, że sędzia ma prawo prowadzić dochodzenie śledcze, pomimo złożonego świadectwa lekarskiego, że stan zdrowia podsądnego na tem ucierpi, — jeśli nabierze przekonania, że świadectwo lekarskie nie jest należycie uzasadnione.

Powszechne słyszymy skargi na nieposzanowanie w naszych czasach wszelkich »autorytetów«; — lecz jeśli rząd i to minister sprawiedliwości — podkopuje powagę nauki, trudno wymagać, ażeby ostał się urok i powaga osób, chociażby te miały teki ministeryalne pod pachą.

* Virchowa *„Jahresberichte über die Fortschritte und Leistungen der gesammten Medicin“*, pomimo śmierci długoletniego redaktora, dalej będą wychodzić w tym samym układzie i programie. Wydawcami będą prof. Waldeyer i prof. Posner, który od lat 10 kieruje redakcyą tego czasopisma.

* Między 26—XI a 2—XII doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: brodzkim (1 gm.), ropczyckim (1 gm.), skałackim (1 gm.), złoczowskim (1 gm.).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XLVII (16—22—XI). Ludność średnia roczna wynosi 94 057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 19, urodziło się dzieci 83, zmarło osób 57, mianowicie: z gruźlicy 13 (4 zam.), z zapalenia płuc 6 (1 zam.), z błonicy 1 (zam.), z płonicy 3, z cholery dziecięcej 1.

Mianowania i odznaczenia. Mianowani zostali Dr. Zaimis — profesorem chirurgii — w Atenach. Dr. Heckscher — profesorem otyatryi w Kopenhadze.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Feuer, profesor okulistyki — w Peszcie. Dr. Józef Zgorzelski, lat 32, — w Lachowiczach (Gub. mińska). W Gracu zmarł nagle prof. Nicoladoni, znany chirurg, autor wielu prac, szczególnie z zakresu ortopedyi. Kilka metod operacyjnych zawdzięcza swoje istnienie inicyatywie zmarłego.

Bibliografia:

— *Zdrowie* Z. 12. Rzętkowski: Sprawozdanie za r. 190$^1/_2$ z leczenia metodą sanatoryjną suchotników na oddziale Dr. T. Dunina w szpitalu Dz. Jezus. — Nowy gmach szkolny. — W sprawie Wystawy kucharsko-spożywczej w Warszawie.

— *Gazeta lekarska* Nr. 49. Sobierański: Krytyczne uwagi nad czynnością nerek. Gotard: Rola chloroformu w przypadkach nagłej śmierci podczas operacyi. Bychowski: Czy bywa nierówność źrenic u ludzi zupełnie zdrowych.

— *Medycyna* Nr. 49. Biro: Porażenie mięśnia zębatego przedniego wielkiego, istotne i rzekome (c. d.). Bregman: Spostrzeżenia kliniczne z syringomyelii (c. d.).

— *Przegląd felczerski* Nr. 23. Główniejsze zjawiska w organizmie matki w okresie połogowym (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 49. Honl: Bakteriologická diagnosa tuberkulosy. (c. d.). Kutvirt: O nádorech mandlí. (dok.). Haškovec: O tlaku krevním vůbec a v neurose traumatické zvlášť. (ciąg dalszy).

— *La Presse médicale* Nr. 96. Gouget: Narząd oddechania a zakażenie.

— Nr. 96. Budin: Dzieci wątłe. Rentz: Połączenie ropni opadowych z oskrzelami. Tuffier: Obecna technika kokainizacyi drogą rdzenia pacierzowego.

— *Münchener medic Wochenschrift* Nr. 48. Witzel: Jak powinniśmy narkotyzować? Ewelt: 500 narkotyzacyj w praktyce ginekologicznej. Kurrer: Samodzielnie zamykająca się flaszka z eterem do narkotyzacyi. Heinrich: Badania nad zakresem trawienia białka w żołądku ludzkim, a także przy jednoczesnem podawaniu wodników węgla. Einchorn: Zdanie sprawy z nowego przypadku kiłowego wrzodu żołądka. Port: O wyrównywaniu zniekształtnień kostnych. Goebel: Ciąża powikłana rakiem części pochwowej macicy. Rudolph: Skombinowane leczenie gruźlicy wapnem i tuberkuliną. Stumpf: Sprawozdanie z wyników szczepienia ospą ochronną w Bawaryi za r. 1901.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 49. Rochelt: Przyczynek do chirurgii płuc. Schmidt: Przyczynek do nauki o prątkach paratyfusu. Volk: Objawy tamowania przy świeżej surowicy uodporniającej. Lengsfelder: O wrodzonym defekcie mięśnia piersiowego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 48. Baginsky: O przeciwpaciorkowcowej surowicy w płonicy. Schanz: O wyprostowaniu skrzywień bocznych kręgosłupa. Halpern: W sprawie hemolizyny w surowicy ludzkiej. Mendel: Ostra ograniczona opuchlina. Piórkowski: O surowicy paciorkowcowej.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 49. Kraus. O znaczeniu rozpoznawania czynnościowego (funkcyonalnego). Levy i Pfersdorff: Uzyskanie trudno dostępnych wytworów przemiany materyi drobnoustrojów, zawierających się w ciele tych ostatnich. Feldmann: Jedenaście przypadków ostrych zaburzeń umysłowych u pijaków. Huismans: Skrzyżowane odruchy adduktorów w syryngomyelii i zapaleniu nerwów. Kulisch: Kazuistyczny przyczynek do pochodzenia kilaków.

Redakcya otrzymała. Stella Sawicki: Rady dla młodych mężatek.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 17 grudnia, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy,*** posiedzenie zwyczajne. Na porządku dziennym: 1) Sprawozdanie Komisyi w sprawie dwurazowej nauki szkolnej. 2) Wybory zarządu Towarzystwa na rok 1903.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

L. 194.

Konkurs.

W gminie **Drwar** (Dol. Unac.) pow. Bos. Petrovac okręg Bihać w Bośnii obsadzoną będzie z dniem 1 stycznia 1903 posada lekarza gminnego. Lekarz gminny zobowiązany będzie wypełniać także obowiązki lekarza kasy chorych w bośniackiem akcyjnem towarzystwie drzewnem w Drwarze, obowiązki lekarza kolejowego i prowadzić gminne ambulatoryum i aptekę domową.

Roczna pensya 2400 K., 600 K. dodatku za służbę kolejową, trzymiesięczne wzajemne wypowiedzenie. Gmina może podnieść po roku pensyę do 3000 K., jak również podwyższyć dodatek kolejowy.

Petenci przynależni do Austro-Węgierskiej monarchii lub do Bośnii-Hercegowiny zechcą wnosić podania zaopatrzone w metrykę, dowód przynależności, w legalizowany odpis dyplomu i dowód dotychczasowej czynności lekarskiej, najdalej do **20 grudnia 1903.**

Kandydaci muszą władać jednym z języków słowiańskich; posiadający chirurgiczną i położniczą praktykę będą mieli pierwszeństwo.

Urząd gminny Drwar, dnia 20 listopada 1902.

Burmistrz: *Bursać.* m. p.

L. 5256.

KONKURS na posadę lekarza gminnego z płacą roczną 1000 koron dla **Knihinina**. Podania wnosić należy do 16. grudnia b r Urząd gminny Knihinin wieś. ad Stanisławów, dnia 1 grudnia 1902.

Towarzystwo lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że z funduszu imienia D-ra Med. i Chirurgii LEONA KONITZA przyznaną zostanie przez Towarzystwo w dniu 15 Października 1905 roku, jako w rocznicę zgonu D-ra Konitza, nagroda pieniężna w kwocie Rub. 256 kop. 50 za najlepszą pracę oryginalną, poświęconą chorobom kobiecym lub akuszeryi, z liczby przedstawionych Towarzystwu prac. ogłoszonych drukiem w terminie od dnia 1 Kwietnia 1902 roku do dnia 31 Marca 1905 roku Przedmiotem prac mogą być zarówno kliniczne, jako też laboratoryjne badania we wzmiankowanej specyalności, jak również i podręczniki obejmujące wykład chorób kobiecych wogóle Mogą także autorowie w terminie prekluzyjnym do dnia 31 Marca 1905 roku przedstawić Towarzystwu prace w rękopisach z zachowaniem zwykłych formalności konkursowych t. j. z dewizą i kopertą zapieczętowaną, zawierającą nazwisko i miejsce zamieszkania autora. Prace nadsyłane być mają pod adresem »Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie« (ulica Niecała Nr. 7), lub przedstawione za pośrednictwem jednego z członków Towarzystwa, z oświadczeniem na piśmie, że praca złożoną zostaje na konkurs imienia Konitza. Praca wydrukowana początkowo w jakimkolwiek innym języku, a następnie przetłomaczona na język polski, nie może być nagrodzoną. Roz prawa uwieńczona z liczby prac w rękopisach przedstawionych, należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa, zwraca się na własność autora.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *Dr. Hoyer.*

